Os Sujeitos da Psicanálise

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Ogden, Thomas H.
Os sujeitos da psicanálise / Thomas H. Ogden ; tradução Claudia Berliner. -- São Paulo : Casa do Psicólogo, 1996.

Título original: Subjects of psycanalysis.
Bibliografia.
ISBN 85-85141-

1. Intersubjetividade 2. Psicanálise 3. Psicoterapeuta e paciente I. Título.

CDD-616.8917
96-0868 NLM-WM 460

Índices para catálogo sistemático:

1. Intersubjetividade : Psicanálise : Medicina 616.8917

Editor: Anna Elisa de Villemor Amaral Güntert

Revisão: Maria Senatore

Composição Gráfica: Jesilene Fátima Godoy
(011)534-0737 cód. 4059682

Thomas H. Ogden

Os Sujeitos da Psicanálise

Tradução: Claudia Berliner

Casa do Psicólogo®
Clínica de Psicanálise Roberto Azevedo

Notas sobre a tradução

Para os termos já consagrados em psicanálise o *Vocabulário de Laplance* e *Pontalis* serviu como base para uniformização.

Muitos neologismos criados pelo autor exigiram um estudo cuidadoso quanto às possibilidades de tradução a qual procurou preservar a riqueza conotativa do termo e ao mesmo tempo respeitar ao máximo a estrutura da palavra criada. Para isso contamos com a inestimável colaboração dos psicanalistas *Eliana Rache* e *Nelson Montag*.

Partindo do pressuposto de que não é possível encontrar no conjunto de uma língua correspondência exata com nenhuma outra, e sabendo que toda tradução implica opções diante das impossibilidades de exatidão, expomos a seguir um glossário preparado para essa edição.

Glossário:

I-ness:	eu-dade
experiencing I-ness:	eu que experiência
experiental I:	eu da experiência
interpreting subject:	sujeito que interpreta
experiencing subject:	sujeito que experiencia
oneness:	unicidade
twoness:	dualidade

thirdness:	terceiridade
threeness:	trindade
fourness:	quatridade
otherness:	outridade
me-ness:	mim-dade
at one ment:	estar-em-um
separateness:	estar separado

Para L. Bryce Boyer,
com amor e gratidão,
por me ensinar o que significa ser um
psicanalista.

A primeira frase de cada romance deveria ser:
"Acredite em mim, isso vai tomar tempo
mas há uma ordem aqui, muito tênue, muito humana."
Se você quer ir para a cidade, vagueie.

Michael Ondaatje, *In the skin of a lion,* 1987

Índice

Apresentação à edição brasileira

Em uma época como a nossa aonde assistimos uma verdadeira enxurrada de publicações psicanalíticas, o mais das vezes livros que repetem monotonamente o que já é sabido ou que se pretende originalidade duvidosa e discutível, o livro que a coleção Maiêutica - biblioteca de Psicanálise lança representa uma verdadeira contribuição que foge as condições por nós referidas acima.

Parece estar chegando em matéria editorial a preocupação de apresentar aos leitores especializados publicações que possuam qualidade que justifiquem ao leitor obter verdadeiro ganho de conhecimento e estímulo nas reflexões que as obras lidas possam suscitar.

O livro de Thomas Ogden que agora oferecemos ao leitor de psicanálise foi por nós cuidadosamente escolhido. O sucesso de seus livros, bem como os elogios a eles dispensados por autoridades incontestáveis neste campo, justificaram plenamente o esforço de publicarmos sua última contribuição "Sujeitos da Psicanálise".

Este livro representa uma seqüência das obras anteriores: "Projective Identification and Psychotherapeutic Technique", "The matrix of the Mind", "The primitive edge of experience". Em "Sujeitos da Psicanálise" tomamos contacto com um autor que escreve com clareza, elegância e profundidade. Da mesma maneira que recebemos com entusiasmo, a inovação positiva do

pensamento com a introdução da chamada "teoria das relações de objeto da Escola Britânica (M. Klein, Bion, Winnicott e outros).

Assistimos a "nova virada" que depois da valorização do objeto se introduz no estudo e na investigação do sujeito em psicanálise completando desta forma uma visão dialética e totalizante das relações interpessoais ou como as vezes também denomina-se intersubjetivas.

Ogden como um verdadeiro "scholar" conhecedor de psicanálise moderna e também um clínico apaixonado inicia seu trabalho procurando o trânsito do implícito para o explícito esforçando-se em trazer à luz a noção de sujeito, sua natureza, suas funções e suas implicações metapsicológicas nas obras de Freud, Melanie Klein e sobretudo Winnicott. Nesta busca do "sujeito" nos autores mencionados coloca reflexões pessoais que vão além da simples escavação teórica realizada por essas figuras de tanta importância em Psicanálise. Além desse louvável e valioso trabalho o autor introduz, ao estudar as contribuições sobretudo de Klein e Winnicott, uma formulação de importância fundamental que diz respeito a investigação e postulação de um estado do psiquismo inicial chamado por ele, forma de experiência, anterior a posição esquizo-paranóide denominada posição autista-contígua.

Esta concepção já podemos encontrar em trabalhos anteriores ganhando agora expressão mais completa. Além disso com originalidade nos convida a conhecer e discutir o que denominou sujeitos da análise, que vão contracenar não só na dialética intrapsíquica como também no universo da intersubjetividade especialmente no jogo da transferência e contratransferência.

Nessas investigações da estruturação psíquica inicial valoriza a contribuição de autores como Meltzer, Tustin, Bion e Bryce Boyer, amigo comum nosso, a quem dedica o presente livro. Muitas outras idéias originais e valiosas poderíamos destacar do presente livro, mas resolvemos deixar ao leitor o prazer e o estímulo para pensar, junto com o autor mesmo que seja para discordar sobre os temas fascinantes que Ogden nos oferece.

Oxalá, as pessoas e editores interessados na melhoria do nível de conhecimento psicanalítico sigam o exemplo desse esforço qualitativo que agora se manifesta na publicação e estudo desta obra.

ELIANA RACHE
ROBERTO AZEVEDO

Prefácio à edição brasileira

É pertinente que SUJEITOS DA PSICANÁLISE seja traduzido e publicado no Brasil antes que em qualquer outro país da América Latina. Visitei e trabalhei com bastante freqüência em associações psicanalíticas latino-americanas durante os últimos quarenta anos. Considero os psicanalistas brasileiros em geral mais rigorosos do que os das outras nações latino-americanas na sua pesquisa das implicações das contribuições pioneiras de Melanie Klein e seus seguidores.

Ogden não é um kleiniano, mas um estudante de psicanálise singularmente inteligente e eclético. Em seu tempo de estudante de graduação obteve Phi Beta Kappa[1] em Amherst, onde estudou principalmente filosofia e terminou seu curso com louvor. Ele é a única pessoa que conheço que lê Kant e Kojève apenas por prazer. Freqüentou a Yale University School de Medicina onde fez três anos de residência no departamento de Psiquiatria. Posteriormente, passou pela formação psicanalítica no ultraconservador San Francisco Psychoanalytic Institute.

Sua insatisfação com as respostas fornecidas pela psicologia do ego ministrada com a rigidez da forte influência de Hartman levou-o a continuar seus estudos em Tavistock. Ogden, sem dúvida um dos mais importantes e originais pensadores de nosso tempo, continuou insatisfeito com a teoria estrutural do desenvolvimento

---

1 Organização nacional nos EUA cujos membros são escolhidos por terem alcançado um nível muito alto em seus estudos em faculdades ou em universidades. (N. da T.)

da personalidade, da interação interpessoal e do tratamento psicanalítico, com suas particulares complexidades de transferência e contratransferência. A exposição brilhante e original de suas respostas a algumas de suas (e nossas) questões relacionadas com essas fascinantes questões conduziram à publicação de cerca de 25 artigos em revistas, quatro capítulos de livros e quatro livros, PROJECTIVE IDENTIFICATION AND PSYCHOTHERAPEUTIC TECHNIQUE, Nova Iorque, Jason Aronson, Inc., 1982 (Publicado em sueco por Natur Och Kultur, Estocolmo, 1987), THE MATRIX OF THE MIND: OBJECT RELATIONS AND THE PSYCHOANALYTIC DIALOGUE, Northvale, N. J. e Londres: Jason Aronson, Inc., 1986. (Publicado em espanhol por Tecnipublicaciones, S.A., Madri, 1988.), THE PRIMITIVE EDGE OF EXPERIENCE, Northvale, N.J. e Londres, Jason Aronson, Inc., 1989. (Publicado em espanhol por Tecnipublicaciones, S.A., Madri, 1991.) e SUBJECTS OF ANALYSIS, Northvale, N. J. e Londres: Jason Aronson, Inc., 1994. (Publicado em japonês por Shinhyoron, Tóquio, 1996.) Os quatro livros serão publicados em romeno. Outros escritos foram publicados em português, espanhol, alemão, catalão e italiano.

Recebeu vários prêmios, entre os quais estão o William Menninger Award, em 1975 e o Seymour L. Lustman Memorial Psychiatric Research Prize, em 1973.

Nos últimos catorze anos tem sido co-diretor, junto com o autor dessa Introdução, do Center of the Advanced Study of the Psychoses, em São Francisco. Entre as várias instituições de que é membro ou ocupa posições de consultor, estão a Comissão editorial de "Psychoanalytic Dialogues", é membro correspondente do Psychoanalytic Center of California, Los Angeles, e membro do conselho consultivo do Instituto Mário Martins, Porto Alegre.

Grande parte dos escritos de Ogden dedicam-se a remover o caráter vago e as sutis contradições na obra de Klein e seus primeiros seguidores e simpatizantes, e a expandir o pensamento deles. Por exemplo, por considerar as posições esquizo-paranóide e depressiva de Klein inadequadas para expressar o desen-

volvimento da psique primitiva, introduziu o modo autista-contíguo de gerar experiência (THE PRIMITIVE EDGE OF EXPERIENCE). Em certas ocasiões, faz uso de conceitos filosóficos para esclarecer implicações teóricas e clínicas aparentemente ocultas. Seus artigos e capítulos de livros utilizam informações clínicas muito ilustrativas, apresentadas de uma maneira que permite ao leitor tirar suas próprias conclusões.

Na minha tentativa de apresentar a essência desse livro de dez capítulos bem articulados e lindamente escritos, exporei de preferência excertos representativos. Ogden abre sua obra da seguinte forma: "Depois de ter lido as palavras iniciais deste livro você já começou a entrar na perturbadora experiência de se ver transformado num sujeito que você ainda não conhece, mas mesmo assim reconhece". "Você, o leitor, precisa permitir que eu o ocupe, seus pensamentos, sua mente, já que não tenho outra voz para falar a não ser a sua... precisa se permitir pensar meus pensamentos enquanto que eu preciso me permitir tornar-me seus pensamentos e, então, nenhum de nós será capaz de reivindicar o pensamento como sua criação exclusiva." "Um terceiro sujeito é criado...sujeito este não redutível nem ao escritor nem ao leitor. A criação de um terceiro sujeito (que existe em tensão com o escritor e o leitor como sujeitos separados) é a essência da experiência de ler e ... é também o núcleo da experiência psicanalítica."

"O que estou descrevendo é, ao mesmo tempo, uma das experiências humanas mais misteriosas e mais comuns - é a experiência de combater a nossa auto-identidade estática por meio do reconhecimento de uma subjetividade (uma eu-dade [*I-ness*] humana) que é outra para nós." Ogden se volta, então, para a situação analítica. "Se você decidir não adiar o confronto que esse livro provoca, saberá algo sobre a experiência do analista quando ele começa a primeira entrevista (e cada entrevista subseqüente) com um analisando. O analista precisa estar preparado para destruir e ser destruído pela alteridade da subjetividade do analisando, e para vir a escutar um som que emerge dessa colisão de subjetividades, que é familiar, embora seja diferente de qualquer

coisa escutada antes." "O processo analítico, que cria o analista e o analisando, é um processo no qual o analisando não é simplesmente o sujeito *da* investigação analítica; o analisando precisa ser ao mesmo tempo o sujeito *nessa* investigação (ou seja, criar essa investigação), na medida em que sua auto-reflexão é fundamental para o trabalho da psicanálise."

Ogden introduz, então, um termo novo e crucial, o *terceiro analítico*, um termo médio que sustenta e é sustentado pelo analista e pelo analisando enquanto dois sujeitos separados. "Sendo mais preciso, analista e analisando nascem no processo de criação do sujeito analítico." "O terceiro analítico não é apenas uma forma de experiência de que participam analista e analisando, é ao mesmo tempo uma forma de vivenciar a eu-dade (uma forma de subjetividade), na qual (por meio da qual) analista e analisando se tornam outros do que foram até aquele momento. O analista dá voz e participa da criação da experiência que é o passado vivo do analisando e, desta maneira, não só escuta sobre a experiência do analisando, mas *vivencia sua própria criação desta.* O analista não vivencia o passado do analisando; ele vivencia sua própria criação do passado do analisando enquanto gerada na sua vivência do terceiro analítico."

"Concluindo (ou melhor, começando), a psicanálise pode ser pensada como um esforço para vivenciar, compreender e descrever a natureza mutativa da dialética gerada pela criação e negação do analista pelo analisando e do analisando pelo analista, *dentro do contexto dos papéis que constituem o enquadre analítico.*"

SUJEITOS DA PSICANÁLISE consiste em dez capítulos, cada um dos quais procura, de várias maneiras, explorar uma concepção da psicanálise "como uma forma única de inter-relação dialética das subjetividades individuais do analista e do analisando, que conduz à criação de um novo sujeito (mais precisamente, uma miríade de novos sujeitos: os sujeitos da psicanálise)." Nessa introdução limitar-me-ei a apresentar trechos do capítulo introdutório.

"A concepção freudiana da subjetividade é, ao meu ver, fundamentalmente dialética em sua natureza e está enraizada na idéia de que o sujeito é criado, mantido e, simultaneamente, descentrado dele mesmo por meio da inter-relação dialética entre consciência e inconsciente. O princípio da presença-em-ausência e ausência-em-presença está na base da concepção freudiana desse movimento dialético."

"Para Klein, o sujeito se constitui por intermédio da inter-relação dialética de modos fundamentalmente diferentes de atribuir significado à experiência (as "posições"), conduzindo à criação de um sujeito descentrado no espaço psíquico e no tempo analítico." Ogden considera o conceito kleiniano de identificação projetiva como um passo monumental "na ampliação do entendimento analítico da natureza e das formas da tensão dialética subjacente à criação do sujeito". "Com a introdução do conceito de identificação projetiva, a idéia da interdependência entre sujeito e objeto se torna fundamental para a compreensão analítica da criação e desenvolvimento da subjetividade. A partir desse ponto, a teoria analítica da técnica sofreu uma mudança radical e, nos últimos cinqüenta anos, passou a se dedicar cada vez mais ao estudo da interdependência entre sujeito e objeto, entre transferência e contratransferência, no desenvolvimento humano e no processo analítico."

"Na obra de Winnicott, considera-se que o sujeito surge no espaço (potencial) entre mãe e filho (e no espaço analítico entre analista e analisando)." "O sujeito winnicotiano é gerado no contexto de uma série de paradoxos envolvendo formas de tensão dialética entre experiências de fazer-um [*at-one-ment*] e separação, eu e não-eu, eu e mim, eu e tu. No transcurso da exploração das contribuições de Klein e Winnicott para uma concepção analítica do sujeito, começo uma discussão da noção de um terceiro sujeito criado intersubjetivamente pelo par analítico."

É particularmente importante a demonstração de Ogden da importância central da compreensão e interpretação da matriz dentro da qual a transferência-contratransferência é gerada. "A

matriz da transferência-contratransferência é concebida como o correlato intersubjetivo (criado no *setting* analítico) do espaço psíquico no qual o paciente vive." Ogden apresenta ilustrações clínicas nas quais enfoca os modos pelos quais as interpretações "têm, com freqüência, de ser direcionadas para o nível contextual, ou matriz, da transferência-contratransferência (por exemplo, a importância do modo como o analisando está falando, pensando, se comportando, experimentando sensações, e assim por diante, em contraposição com o conteúdo do que está dizendo)."

Ler/estudar SUJEITOS DA PSICANÁLISE implica uma experiência estimulante, que amplia as fronteiras do pensamento de um modo raramente conseguido nas leituras de textos psicanalíticos.

L. Bryce Boyer, M. D.

Tornar-se um sujeito

1

Tarde demais para voltar atrás. Depois de ter lido as palavras iniciais deste livro você já começou a entrar na perturbadora experiência de se ver transformado num sujeito que você ainda não conhece, mas mesmo assim reconhece. O leitor deste livro precisa criar uma voz com a qual falar (pensar) as palavras (pensamentos) nele contidas. Ler não é uma simples questão de examinar, ponderar ou até pôr à prova as idéias e experiências apresentadas pelo escritor. Ler implica uma forma de encontro muito mais íntima. Você, o leitor, precisa permitir que eu o ocupe – seus pensamentos, sua mente, já que não tenho outra voz para falar a não ser a sua. Se você pretende ler este livro, dar-se o direito de pensar meus pensamentos, enquanto que eu preciso permitir tornar-me seus pensamentos, assim nenhum de nós será capaz de reivindicar o pensamento como sua criação exclusiva.

A conjunção de minhas palavras e sua voz mental não representa uma forma de ventriloquia. Um evento humano muito mais complexo e interessante está em jogo. Um terceiro sujeito é criado na experiência de ler. Sujeito este não redutível ao escritor nem ao leitor. A criação de um terceiro sujeito (que existe em tensão com o escritor e o leitor como sujeitos separados) é a essência da experiência de ler, e, como será desenvolvido neste volume, é também o núcleo da experiência psicanalítica.

Ao escrever essas sentenças, escolho cada palavra e frase e falo comigo mesmo por meio da voz do leitor que eu criei na minha própria mente. É a alteridade do leitor (que imagino e antecipo na minha própria divisão interna entre escritor e leitor,

sujeito e objeto) que me permite escutar a mim mesmo preparando sua leitura. Na sua leitura, você gera uma voz a partir das minhas palavras, que me criará num sentido mais amplo do que eu poderia criar a mim mesmo. Nesse processo, você e eu teremos criado um ao outro como sujeitos que até então não existiam.

O leitor e o escritor não criam um ao outro a-historicamente. O presente no qual o terceiro sujeito surge não é simplesmente o momento atual, mas "o momento presente do passado" (Eliot 1919), o qual (o passado) fala por intermédio de nós tanto quanto falamos um por intermédio do outro. A tentativa de Laio e, mais tarde, a de Édipo de criar um presente a-histórico colocou em andamento a cascata de acontecimentos que conduziram ao ruído ensurdecedor da insistência da história e da mortalidade. Temos de nos reconhecer nos esforços de Laio e Édipo para escapar da história, já que cada um de nós resiste a se experimentar como falado e como falante. Arte, literatura, história, filosofia e psicanálise, nos ensinam, todas, apesar de nossos protestos, que somos de fato falados, não só pelo Outro histórico, mas pelo Outro inconsciente e pelo Outro intersubjetivo.

Você, leitor, resistirá, irá me desmentir, será talvez indulgente, mas nunca cederá. Este livro não será 'compreendido' por você; você não irá recebê-lo, incorporá-lo, digeri-lo, ou algo semelhante. Na medida em que diga de alguma forma ele lhe respeito, você o transformará. (A palavra *transformar* é muito suave para descrever o que você fará com ele.) Você o destruirá, e dessa destruição (nessa destruição) surgirá um som que você não reconhecerá plenamente. O som será uma voz, mas não uma das suas que você já escutou antes, pois você nunca me destruiu antes como você me encontrará na sua leitura deste livro. O som que você escuta certamente não é a minha voz, já que as palavras nesta página são silenciosas, compostas tanto pelas formas brancas em torno das marcas pretas quanto pelas próprias marcas.

O que estou descrevendo é, ao mesmo tempo, uma das experiências humanas mais misteriosas e mais comuns – é a experiência de combater nossa auto-identidade estática por meio

do reconhecimento de uma subjetividade (uma eu-dade (*I-ness*) humana) que é outra para nós. O confronto com a alteridade não nos dará descanso; essa percepção da outra eu-dade, uma vez registrada, não nos permitirá permanecer quem éramos e não poderemos descansar até termos de alguma forma aceitado seu ataque ao que fôramos antes de sermos interrompidos por ela. Este livro é uma perturbação, é disruptivo. Você pode decidir deixá-lo de lado, mas isso seria apenas adiar algo que já foi posto em andamento. Este livro já se tornou "a maldição eterna do leitor destas páginas" (Puig, 1980).

Se você decidir não adiar o confronto que este livro provoca, saberá algo sobre a experiência do analista quando ele começa a primeira entrevista (e cada entrevista subseqüente) com um analisando. O analista precisa estar preparado para destruir e ser destruído pela alteridade da subjetividade do analisando, e para vir a escutar um som que emerge dessa colisão de subjetividades, que é familiar, embora seja diferente de qualquer coisa escutada antes. Essa escuta deve ocorrer "sem memória ou desejo" (Bion, 1963), mas ao mesmo tempo o ouvinte tem de estar enraizado na história que o criou (falou) para que possa discernir o som de que estou falando. A destruição do analista pelo analisando e do analisando pelo analista (na condição de sujeitos separados) na colisão de subjetividades não deve ser completa, pois, nesse caso, o par cairia no abismo da psicose ou do autismo. Pelo contrário, o analista deve escutar o (por meio do) ruído da destruição desde a sua borda, mesmo não tendo certeza da localização dessa borda.

Os sujeitos da análise enfocados neste livro mantêm uma relação dialética entre si. Dos elementos da dialética entre sujeito e objeto começa a emergir um novo conjunto que quase imediatamente se revela uma nova fonte de tensão dialética. O processo analítico, que cria o analista e o analisando, é um processo no qual o analisando não é simplesmente o sujeito *da* investigação analítica; o analisando precisa ser ao mesmo tempo o sujeito *nesta* investigação (ou seja, criar esta investigação), na medida em que

sua auto-reflexão é fundamental para o trabalho da psicanálise. De modo similar, o analista não pode ser apenas o sujeito observador desse esforço, na medida em que sua experiência subjetiva *nesse* esforço é o único caminho possível para adquirir conhecimento sobre a relação que ele está tentando entender.

Já tendo dito algo sobre a interdependência entre analista e analisando (como sujeitos criando e criados, destruindo e destruídos um pelo outro), precisamos introduzir um terceiro termo, sem o qual não teremos descrito de forma adequada o processo psicanalítico, no qual analista e analisando, na qualidade de sujeitos da análise, criam-se mutuamente. A natureza do terceiro termo é o que define a natureza da experiência psicanalítica e a diferencia de todos outros acontecimentos intersubjetivos humanos. (Existem numerosas formas de intersubjetividade humana, mas nenhuma envolve a forma de intersubjetividade própria da psicanálise.)

No mesmo instante em que analista e analisando são criados, produz-se um terceiro sujeito, a quem me referirei neste volume como o *terceiro analítico*, já que esse é um termo médio que sustenta e é sustentado pelo analista e pelo analisando como dois sujeitos separados. Sendo mais preciso, analista e analisando nascem no processo de criação do sujeito analítico. O terceiro analítico, embora criado conjuntamente pelo (que virá a ser) analista e pelo analisando, não é vivenciado da mesma forma por ambos, uma vez que cada um permanece como sujeito separado na tensão dialética com o outro. Além disso, embora o terceiro analítico se constitua no processo da negação reconhecimento mútuos do analista e do analisando, ele não reflete cada um de seus criadores *da mesma maneira,* assim como o terceiro criado na experiência de ler também não reflete o leitor e o escritor da mesma maneira. Em outras palavras, a transferência e contratransferência refletem uma a outra, mas não são imagens especulares uma da outra.

O terceiro analítico não é apenas uma forma de experiência de que participam analista e analisando, é ao mesmo tempo uma

forma de vivenciar a eu-dade (uma forma de subjetividade), na qual (por meio da qual) analista e analisando se tornam outros do que foram até aquele momento. O analista dá voz e participa da criação da experiência que é o passado vivo do analisando, e, dessa maneira, não só escuta sobre a experiência do analisando, mas *vivencia sua própria criação desta.* O analista não vivencia o passado do analisando; ele vivencia sua própria criação do passado do analisando gerada na sua vivência do terceiro analítico.

Simultaneamente, o analisando vivencia seu próprio passado vivo como criado intersubjetivamente no terceiro. O analisando não vivencia novamente seu passado; o analisando vivencia seu passado como sendo criado pela primeira vez no processo de estar sendo vivido no e por meio do terceiro analítico. (Trata-se, portanto, de um passado que só poderia ser criado por esse par analítico particular por intermédio desse terceiro analítico particular.) Na medida em que se trata de uma experiência vivida no (e por meio do) terceiro analítico, nunca se está absolutamente só consigo mesmo (e a nossa experiência passada), já que nossa experiência está sendo criada com outra pessoa. Essa característica da situação analítica cria as condições para uma recontextualização fundamental de experiências do analisando, até então clivadas, impossíveis de integrar e de utilizar.

Concluindo (ou melhor, começando), a psicanálise pode ser pensada como um esforço para vivenciar, compreender e descrever a natureza mutativa da dialética gerada pela criação e negação do analista pelo analisando e do analisando pelo analista, *dentro do contexto dos papéis que constituem o enquadre analítico.* A tensão dialética gerada por essa negação e esse reconhecimento criativos não constitui uma questão a ser respondida, um enigma a ser resolvido. É ponto pacífico que o enigma da esfinge (tomado como paradigma do mistério analítico de subjetividades confrontando-se entre si) não tem *uma* resposta. No mito de Édipo, há uma vitória momentânea de Édipo (e nossa, na qualidade de audiência, identificados com Édipo), devido à sua capacidade de responder ao enigma da esfinge e assim sobrepujar o poder desta

de bloquear a entrada para Tebas. Mas a resposta ao enigma (mais precisamente, o próprio fato de que uma resposta foi apresentada e aceita) logo nos parece uma decepcionante banalização da questão (assim como a narrativa revela que a vitória de Édipo sobre a esfinge é, em última instância, outro reflexo da subjugação de Édipo ao outro).

A questão formulada pela esfinge, sob a forma de um enigma relacionado com uma criatura que anda com quatro pernas de manhã, duas ao meio-dia e três à noite, é uma questão sobre a natureza da condição humana nas suas múltiplas possibilidades (representadas pela quatridade que se transforma em dualidade que se transforma em trindade). A resposta ao enigma da esfinge tem de incluir todas as possíveis respostas à questão a respeito do que é ser humano numa comunidade de seres humanos historicamente enraizados. Precisamos tentar não permitir que as questões psicanalíticas fundamentais sobre a natureza da experiência humana, geradas no confronto de subjetividades na situação analítica, sejam banalizadas por meio de respostas que pareçam oferecer mais do que o esforço de descrever um momento no tempo que está desaparecendo e se tornando algo diferente no instante em que estamos tentando reconhecer o que ele é.

Cada um dos capítulos deste volume tenta explorar de diferentes maneiras uma concepção da psicanálise como uma forma única de inter-relação dialética das subjetividades individuais do analista e do analisando, que conduz à criação de um novo sujeito (mais precisamente, uma miríade de novos sujeitos: os sujeitos da análise).

Este capítulo introdutório é seguido de uma discussão sobre os fundamentos de uma concepção psicanalítica do sujeito. Para Freud, o sujeito não coincide com o *self* consciente, pensante, falante, nem é o sujeito situado "atrás da barreira do recalque" na "mente inconsciente". Pelo contrário, a concepção freudiana da subjetividade é, a meu ver, fundamentalmente dialética em sua natureza e está enraizada na idéia de que o sujeito é criado, mantido

e, simultaneamente, descentrado dele mesmo por meio da inter-relação dialética entre consciência e inconsciente. O princípio da presença-em-ausência e ausência-em-presença está na base da concepção freudiana desse movimento dialético.

Nos capítulos 3 e 4, discuto as formas como uma concepção intersubjetiva do sujeito foi desenvolvida nos trabalhos de Klein e Winnicott (com freqüência sem que eles se dessem conta). Para Klein, o sujeito se constitui pela relação dialética entre modos fundamentalmente diferentes de atribuir significado à experiência (as "posições"), a qual conduz à criação de um sujeito descentrado no espaço psíquico e no tempo analítico.

Considero o conceito kleiniano de identificação projetiva (particularmente conforme a elaboração de Bion, Heimann e H. Rosenfeld) um passo monumental na ampliação do entendimento analítico da natureza e das formas da tensão dialética subjacente à criação do sujeito. Enquanto Freud considerava o sujeito dialeticamente constituído na inter-relação das 'qualidades' de consciente e inconsciente, o conceito de identificação projetiva introduz uma concepção do sujeito constituído no contexto de um complexo sistema de forças psicológicas interpessoais. Com a introdução do conceito de identificação projetiva, a idéia da interdependência entre sujeito e objeto se torna fundamental para a compreensão analítica da criação e desenvolvimento da subjetividade. A partir desse ponto, a teoria analítica da técnica sofreu uma mudança radical e, nos últimos cinqüenta anos, passou a se dedicar cada vez mais ao estudo da interdependência entre sujeito e objeto, entre transferência e contratransferência, no desenvolvimento humano e no processo analítico.

Na obra de Winnicott, considera-se que o sujeito surge no espaço (potencial) entre mãe e filho (e no espaço analítico entre analista e analisando). O sujeito winnicottiano é gerado no contexto de uma série de paradoxos, envolvendo formas de tensão dialética entre experiências de estar-em-um (*at-one-ment*) e estar separado, eu e não-eu, eu e mim, eu e tu. No transcurso da exploração das contribuições de Klein e Winnicott para uma

concepção analítica do sujeito, começo uma discussão da noção de um terceiro sujeito criado intersubjetivamente pelo par analítico.

No capítulo 5, o conceito do terceiro analítico é mais amplamente elaborado e clinicamente ilustrado. Esse capítulo se baseia num exame detalhado de excertos de duas análises. A apresentação desse material clínico é um esforço para descrever, momento a momento, o uso que o analista faz de sua experiência no e do recém-criado sujeito da análise (o terceiro analítico), gerado conjuntamente (mas vivenciado de forma diferente) pelo analista e pelo analisando. No primeiro desses relatos clínicos, descrevo como a experiência intersubjetiva criada pelo par analítico se torna acessível ao analista por meio da experiência de suas próprias "*rêveries*" (Bion, 1962a), formas de atividade psicológica que, de início, não parecem ser nada mais do que suas próprias distrações, ruminações narcisistas, sonhos diurnos, absorção em si mesmo, e coisas similares. Na segunda vinheta clínica, discuto um exemplo no qual a ilusão somática do analista em conjunção com as experiências sensoriais do analisando e suas fantasias relativas ao corpo constituíram um meio significativo pelo do qual o analista pôde compreender as principais angústias transferenciais-contratransferenciais da fase de análise em que esses fenômenos ocorreram.

No capítulo 6, discuto o fenômeno da identificação projetiva como forma específica de terceiridade (*third-ness*) analítica, na qual a inter-relação da mútua subjugação e do mútuo reconhecimento é fundamental para a sua elaboração e 'resolução analítica'. A identificação projetiva é entendida como um processo psicológico interpessoal no qual há um colapso parcial da dialética da subjetividade e intersubjetividade. A forma de terceiro intersubjetivo, gerada na identificação projetiva, caracteriza-se pelo fato de que as subjetividades individuais do analista e do analisando (em certa medida e por um certo tempo) são incluídas (subjugadas por) no recém-criado terceiro analítico. Um processo analítico bem sucedido requer uma superação do terceiro subjugador e uma reapropriação das subjetividades do analista e

do analisando como indivíduos separados, ainda que interdependentes.

Nos capítulos 7 e 8, a compreensão do processo analítico em discussão neste livro proporciona o marco teórico para as contribuições para o desenvolvimento de dois diferentes aspectos da teoria clínica e da técnica analítica. No capítulo 7, é explorado o conceito de ato interpretativo. Este é considerado uma forma importante, embora pouco reconhecida, de interpretação da transferência-contratransferência. Esse tipo de interpretação (interpretação sob a forma de ato) é entendido como o uso que o analista faz da ação (diferente da fala verbal simbólica), para comunicar ao analisando aspectos específicos de sua compreensão da transferência-contratransferência, que, naquele momento da análise, não podem ser comunicados apenas pelo conteúdo semântico das palavras. Uma interpretação-em-ato retira sua especificidade de sentido do contexto vivencial da intersubjetividade analítica em que é gerada.

O desenvolvimento da teoria e técnica clínicas considerado no capítulo 8 é a análise da matriz da transferência-contratransferência. Aqui demonstro a importância central da compreensão e interpretação da matriz (ou estado vivencial básico) dentro da qual a transferência-contratransferência é gerada. A matriz da transferência-contratransferência é concebida como o correlato intersubjetivo (criado no *setting* analítico) do espaço psíquico no qual o paciente vive. Nas ilustrações clínicas apresentadas, enfocamos os modos como as interpretações do analista têm, com freqüência, de ser direcionadas para o nível contextual, ou matriz, da transferência-contratransferência (por exemplo, a importância do modo como o analisando está falando, pensando, comportando-se, experimentando sensações, e assim por diante, em contraposição ao conteúdo do que está dizendo).

O capítulo 9 trabalha o fenômeno do isolamento pessoal. O autismo patológico é considerado uma forma de colapso da dialética da subjetividade e intersubjetividade na relação precoce mãe-criança. Sob tais circunstâncias, há um fracasso da capacidade

da díade mãe-criança de criar uma forma fluída de intersubjetividade, na qual haja um equilíbrio entre estar na 'mãe-como-ambiente' e o retraimento na auto-sensualidade. Enquanto no desenvolvimento saudável ocorrem desconexões temporárias em relação à mãe (tanto como objeto quanto como ambiente), no autismo patológico acontece o desmoronamento completo da intersubjetividade da mãe e da criança e a criação de uma experiência de um não-ser (*nonbeing*) impenetrável e ininterrupto.

No capítulo 10, discute-se um amplo leque de questões da teoria e prática psicanalíticas, desde o *timing* das interpretações da transferência-contratransferência na entrevista preliminar até uma discussão das concepções contrastantes sobre a relação entre a sexualidade e a relação de objeto defendidas por diferentes escolas do pensamento analítico. O *leitmotif* da discussão no capítulo final (e no livro como um todo) é uma fascinação pela miríade de formas de inter-relação entre a experiência individual e a experiência compartilhada, que encontramos em cada nível da prática analítica, desde a inter-relação dinâmica entre subjetividade e intersubjetividade na sessão analítica até a relação do analista (no 'momento presente do passado') com a história do desenvolvimento das idéias analíticas.

O sujeito freudiano

2

Nos primeiros momentos da cena de abertura de Hamlet, escuta-se um som vindo da escuridão fora dos muros do palácio. O guarda indaga, "Quem está aí?" Como um acorde dissonante inicial de uma obra musical, a pergunta, "Quem está aí?" reverbera sem resolução através de toda a obra. Poder-se-ia dizer que a mesma questão é o tema de abertura que continua sem resolução através da história da psicanálise. Partindo das observações de Freud e Breuer nos Estudos sobre a histeria (1893-1895), o tema da "cisão da consciência" (p.12) e a questão da localização do sujeito dentro nessa "dupla consciência" têm reverberado durante todo este século de pensamento analítico.

Poder-se-ia supor que o uso limitado por parte de Freud dos termos *self* e *sujeito* seja uma questão semântica, na medida em que Freud usou o termo *Das Ich* (pobremente traduzido por *ego*) para se referir em parte ao sujeito que experiencia, 'o eu'. Como discutiremos mais adiante, contudo, *Das Ich* não coincide com o sujeito, e, de fato, é precisamente na diferença entre ambos que se começa a poder discernir a criação de uma nova entidade conceitual: o sujeito psicanalítico.

Acredito que a concepção freudiana do sujeito ocupa um lugar central entre aqueles elementos irredutíveis que definem uma compreensão psicanalítica do homem. Apesar dessa importância central, esse tema aparece preponderantemente de forma implícita nos escritos de Freud. Como discutiremos, a concepção implícita de Freud a respeito do processo mediante o qual o sujeito se constitui é fundamentalmente dialética em sua

natureza (Hegel 1807, Kojève 1934-1935), e envolve a noção de que o sujeito é criado, sustentado e ao mesmo tempo descentrado por meio da inter-relação dialética entre consciência e inconsciente.

A dialética é um processo em que elementos opostos se criam, preservam e negam um ao outro, cada um em relação dinâmica e sempre mutativa com o outro. O movimento dialético tende para integrações que nunca se realizam por completo. Cada integração potencial cria uma nova forma de oposição, caracterizada por sua própria forma distinta de tensão dialética. Aquilo que é gerado dialeticamente está continuamente em movimento, perpetuamente em processo de ser criado e negado, de ser descentrado da auto-evidência estática. Além disso, o pensamento dialético implica uma concepção da interdependência entre sujeito e objeto: "O pensamento dialético... [é] um processo no qual sujeito e objeto estão tão ligados que a verdade só pode ser determinada dentro da totalidade sujeito-objeto" (Marcuse 1960, p. viii). Sujeito e objeto não podem ser compreendidos isolados um do outro.

Quando falo do sujeito da psicanálise, refiro-me ao indivíduo na sua capacidade de gerar uma sensação de 'eu-dade' que experiencia (subjetividade), por mais rudimentar e não-verbalmente simbolizada que essa sensação de eu-dade possa ser. Não cabe no âmbito desta discussão revisar a vasta literatura relativa ao conceito do sujeito psicanalítico, que inclui grande parte do discurso analítico que trata dos conceitos de ego, *self*, identidade, narcisismo e assim por diante. Além dos trabalhos discutidos e mencionados neste capítulo e nos próximos dois, poderíamos citar uma lista parcial de importantes contribuições para o desenvolvimento de uma concepção analítica do sujeito: Bollas (1987), Erikson (1950), Fairbairn (1952), Federn (1952), Grossman (1982), Grotstein (1981), Grunberger (1971), Guntrip (1969), Jacobson (1964), Khan (1974), Kohut (1971), Lichtenstein (1963), Loewald (1980), Mitchell (1991), Sandler (1987), Spence (1987), e Stern (1985).

Percorrendo sua obra, pode-se aprender a luta de Freud contra as limitações da linearidade de pensamento exigida pelas noções positivistas de causalidade. Em nenhum outro lugar isso é mais evidente do que no seu esforço para se atracar com o problema da conceituação do sujeito que experiencia. Os exemplos de como Freud tenta formular suas idéias em termos lineares, diacrônicos, são inúmeros e se espalham por toda sua obra (ver, por exemplo, as formulações de Freud sobre suas idéias a respeito da progressão do inconsciente para a consciência [1893-1895, 1900, 1909, 1923, 1925a, 1927, 1933]; do princípio de prazer para o princípio de realidade [1915a, 1930]; do id para o ego [1923, 1926a, 1940]; do processo primário para o pensamento do processo secundário [1911, 1915b]). Tal linearidade de pensamento obscurece o que acredito ser a natureza radical do projeto psicanalítico, ou seja, a noção de que o sujeito que experiencia pode ser conceituado como o resultado de um processo contínuo no qual o sujeito é simultaneamente constituído e descentrado de si mesmo por meio da negação e da preservação na inter-relação dialética entre consciência e inconsciente[1].

Neste capítulo e nos próximos dois, discutirei aspectos do conceito do sujeito dialeticamente constituído e descentrado da psicanálise que surgem no trabalho de Freud e que foram desenvolvidos por Klein e Winnicott. Nesse esforço, definirei o que considero ser algumas das dialéticas centrais da constituição do sujeito introduzidas por Freud, Klein e Winnicott, e, em particular, ao me referir às obras de Klein e Winnicott, enfocarei

1 Quando uso o termo *consciência*, refiro-me ao que Freud denominou Sistema Pré-consciente-Consciente, e quando uso o termo *inconsciente*, refiro-me a uma ordem de experiência a que Freud se refere como o inconsciente dinâmico ou o Sistema Inconsciente. Esta última ordem de experiência não só está desprovida da qualidade de auto-consciência, como se compõe de um conjunto de significados sentidos como incompatíveis, inaceitáveis e ameaçadores para o sistema de significados constituído na consciência. Além disso, ambas as ordens de experiência (o Sistema Inconsciente e o Sistema Pré-consciente-Consciente) caracterizam-se por diferentes "princípios de funcionamento mental" (Freud, 1911), ou seja, por diferentes formas de representação psíquica, diferentes regras de transformação psíquica, diferentes tipos de temporalidade e assim por diante.

o desenvolvimento de uma concepção de um contexto intersubjetivo para a criação da subjetividade individual.

Freud descentra o homem da consciência

Freud (1917) acreditava que a psicanálise oferecia uma reconceituação da relação do homem consigo mesmo que implicava um descentramento fundamental do homem de si mesmo. O homem, de acordo com Freud (1916-1917), foi descentrado de três maneiras diferentes no decorrer da história moderna. A primeira, a revolução copernicana, efetuou o deslocamento do homem de sua posição de "centro fixo do universo, com o sol, a lua e os planetas girando em torno dele" (1917, p. 139). A segunda, a restruturação darwiniana de nossa concepção do mundo biológico, resultou no desvio do homem da posição que ele criara para si mesmo como "diferente dos animais" (p. 141), acima e separado deles por ordem divina. A terceira forma, certamente a mais perturbadora, foi efetuada pela psicanálise, que descentrou o homem de si mesmo, solapando a ilusão da identidade entre consciência e mente.

Desde a perspectiva psicanalítica, o homem não pode mais vivenciar a si mesmo como o "soberano absoluto" (1917, p. 143) de sua mente: *"o ego não é amo em sua própria casa"* (p. 143). "Deixa que te instruam sobre este ponto! O mental em ti não coincide com o consciente para ti" (1917, p. 143). O ego (o eu), especialmente na sua reivindicação de soberania por via da sua capacidade de autoconsciência, percepção, fala, motilidade, etc., acredita que conhece a si mesmo: "Você (o ego) se sente seguro de estar informado de tudo o que se passa na sua mente (...). E você chega ao ponto de considerar o 'mental' como idêntico ao 'consciente' (1917, pp. 142-143). O sujeito que pensa, sente, se comporta, fala, está descentrado da auto-evidência de sua experiência de consciência. "De repente surgem pensamentos que não se sabe de onde vêm; tampouco se pode fazer nada para

expulsá-los. E esses hóspedes estranhos até parecem mais poderosos do que os submetidos ao ego..." (1917, p. 141).

O sujeito, na era histórica da psicanálise, não pode mais ser considerado coincidente com o dar-se conta consciente, não pode mais ser equacionado ao 'eu' (ego) consciente, falante, comportamental.

O descentramento freudiano do sujeito em relação à consciência de forma alguma representa uma simples transposição do sujeito para trás da barreira do recalque. O sujeito psicanalítico não é relocado da consciência para a mente inconsciente (no modelo tópico), ou para o id (no modelo estrutural). Freud (1940) enfatizou que consciente e inconsciente devem ser concebidos como "qualidades (coexistentes) do psíquico" (p. 161). Nem a consciência nem o inconsciente representam em si mesmos o sujeito da psicanálise. O sujeito, para Freud, deve ser procurado na fenomenologia daquilo que se encontra nas relações *entre* consciência e inconsciente.

A dialética entre consciência e inconsciente

Freud não concebia a mente inconsciente como a sede da verdade ou como o lugar da alma humana. Reconhecia que as reivindicações do inconsciente quanto a saber e constituir a totalidade do sujeito têm tão pouco fundamento quanto as do sujeito consciente, falante. Tampouco romantizava o inconsciente como resíduo do "homem natural" (intocado pela civilização), ou fazia dele o vilão fonte do pecado, manancial do gozo depravado e do vício. Consciência e inconsciente são concebidos como mutuamente dependentes, cada um definindo, negando e preservando o outro. Não existem ou têm qualquer significado conceitual ou fenomenológico a não ser um em relação ao outro. Ambos "co-intencionam" (Ricoeur, 1970, p. 378) numa relação de diferença relativa em contraposição à diferença absoluta; ambos coexistem numa relação de diferença mutuamente definida.

Um ponto crucial da argumentação de Freud é que as experiências consciente e inconsciente sejam concebidas como qualidades de experiência criadas num discurso (uma "comunicação" [Freud, 1915, p. 190]) entre ambas. No discurso entre qualidades conscientes e inconscientes de experiência, a ilusão (ou imagem virtual [Freud, 1940, p. 145]) da unidade da experiência é criada. O discurso da consciência e do inconsciente é garantido pelo princípio de continuidade e diferença entre os dois modos coexistentes de gerar experiência. O atributo de "ser consciente *Bewusstheit* (...) constitui o ponto de partida de todas nossas indagações" (Freud, 1915b, p.172) e, como veremos, é também o ponto ao qual todas nossas indagações retornam.

O discurso entre o inconsciente e a consciência não só é possível como a própria existência de cada um depende do outro: "em si e por si (os processos inconscientes) não são cognoscíveis, são inclusive incapazes de levar a cabo sua existência (independente do Sistema Pré-consciente-Consciente)" (Freud, 1915b, p. 187). A relação entre os dois sistemas é a de uma forma específica de discurso de natureza dialética, cujos componentes são comparáveis a conjuntos vazios, cada um preenchido pelo outro (Ogden 1986, 1989a). Cada um constitui uma presença afirmada pela sua ausência no outro. O Sistema Inconsciente é o Outro do Sistema Pré-consciente-Consciente e o Sistema Pré-consciente-Consciente é o Outro negador e preservador do Sistema Inconsciente. No esquema de Freud, nem a consciência nem o inconsciente (dinâmico) detêm uma posição privilegiada: ambos os sistemas são "complementares" (Freud, 1940, p. 159), constituindo assim um discurso único, mas dividido.

Freud (1915b) pensava que o termo *subconsciente* era "incorreto e enganoso" (p. 170) na medida em que o Inconsciente não existe 'sob' a consciência; há uma única vida mental, produto da inter-relação entre as qualidades psíquicas inconscientes (dinâmicas) e conscientes. Em outras palavras, não vivemos duas vidas (uma consciente e outra inconsciente) simultaneamente; vivemos uma única vida, constituída pela inter-relação entre os

aspectos conscientes e (dinamicamente) inconscientes da experiência.

Não só o Sistema Inconsciente é incapaz de levar a cabo a vida sem acesso à percepção, à fala, à motilidade, etc., ligadas ao Sistema Pré-consciente-Consciente, como também para a compreensão da psique, é muito fundamental a idéia de que o inconsciente não tem sentido a não ser em relação ao conceito de consciência, e vice-versa. O inconsciente só pode ser descrito por meio de uma série de enunciados de negações de qualidades de consciência, a começar pelo seu próprio nome. Cada uma das qualidades do Sistema Inconsciente (por exemplo, ausência de contradição mútua, atemporalidade, substituição da realidade externa pela psíquica, falta de fixação dos investimentos) esboça-se como conceito em virtude de sua relação de negação com um conceito que define o Sistema Pré-consciente-Consciente.

O modelo estrutural de Freud (1923) representa um sistema dialético construído sobre o modelo tópico, o qual de forma alguma substitui. No modelo estrutural, a mente é concebida em termos de elementos dialéticos que se definem mutuamente, constituídos pelo ego (o eu), id (aquilo que não é eu mas está dentro de mim), e superego (aquela parte de mim que é meu amo ameaçador e protetor). O descentramento do sujeito no modelo estrutural não é diferente daquele que foi discutido em relação ao modelo tópico: o sujeito não coincide com o ego do modelo estrutural em maior grau do que com a consciência no modelo tópico. O sujeito do modelo estrutural está situado na ilusão estereoscópica de unidade de experiência constituída dialeticamente pelo discurso, negador e preservador, do id, ego e superego.

A dialética da presença e da ausência

Enfocarei, agora mais de perto, o princípio de presença em ausência e ausência em presença, um conceito central na concepção freudiana do sujeito dialeticamente constituído/descentrado que

subtende o movimento dialético entre as dimensões da experiência que se negam e preservam mutuamente. A presença é continuamente negada por aquilo que não está, embora aluda o tempo todo àquilo que falta em si mesma. Aquilo que está ausente está sempre presente na falta que presentifica.

Em *A Negação* Freud (1925b) oferece uma definição sutil e altamente condensada da relação dialética entre presença e ausência, afirmação e negação: "o conteúdo de uma imagem ou idéia recalcada pode irromper na consciência desde que se deixe *negar*. A negação é um modo de tomar conhecimento do recalcado (aquilo que não pode ser conhecido conscientemente); na verdade, já é um levantamento (*Aufhebung*) do recalque, embora não seja, é claro, uma aceitação do recalcado" (1925b, pp. 235-236). Assim, na negação o recalque é 'levantado', sem que o recalcado seja aceito.

Hyppolite (1956) salientou que *Aufhebung* "é o termo dialético de Hegel, que significa simultaneamente negar, suprimir e conservar, e fundamentalmente erguer" (p. 291). O uso da palavra *Aufhebung* sublinha que o recalque não deve ser entendido como um movimento linear da consciência para o inconsciente. O conceito freudiano de negação implica uma concepção especificamente psicanalítica da constituição do sujeito. A idéia de uma dialética de significados afirmados e desmentidos, que se expressa fenomenologicamente sob a forma da simultaneidade dos significados conscientes e inconscientes, talvez seja a afirmação analítica mais fundamental relativa ao conceito de mente. "Apresentar o próprio ser sob a forma do não sê-lo, é o que de fato está em questão nesse *Aufhebung* do recalque, que não é uma aceitação do recalcado. Ao falar a pessoa diz: 'Isto é o que não sou' (Hyppolite 1956, p. 291).

Ilustração clínica

A breve vinheta clínica que se segue ilustra um pouco da fenomenologia da dialética entre consciência e inconsciente,

presença e ausência, afirmação e negação, sobre a qual se apóia o trabalho analítico.

Um analisando, Sr. M., começou uma sessão com um silêncio de dez minutos seguido de uma série de comentários sobre si altamente articulados mas desprovidos de afeto. Disse a ele que talvez algo que ocorrera durante o encontro do dia anterior o levava a falar de um modo tão distanciado.[1] O paciente respondeu que enquanto estava na sala de espera, tentara lembrar-se do que tínhamos falado no final da sessão do dia anterior, e se sentia bobo e desajeitado por não conseguir; algo parecia ter ficado inacabado. Disse-lhe, então, que isso tinha sido suficientemente importante para que o esquecesse. O Sr. M. disse que o fato de não conseguir lembrar-se parecia um buraco nele; não era apenas frustrante, era assustador saber que algo tinha acontecido e não ser capaz de se lembrar o que era.

Essa sensação da ausência presente refletia não apenas a existência de uma experiência dinamicamente inconsciente, como também a natureza específica dessa experiência inconsciente. No final da sessão anterior, o paciente estivera falando sobre a maneira como, quando criança, insistia de forma tenaz em usar as roupas que refletissem seu próprio gosto, tal como mocassins de cor marrom esverdeado em contraposição aos simplesmente marrons prescritos no uniforme da escola. O Sr. M. começara a entender isso como uma resposta a um sentimento de que sua mãe (uma mulher esquizóide) era incapaz de reconhecer que ele tinha uma personalidade própria

---

1 Boyer (1988) discutiu as formas em que a principal angústia transferencial-contratransferencial não-resolvida de uma determinada sessão analítica constitui um contexto primário inconsciente para a próxima sessão.

que se caracterizava pelos seus próprios e específicos gostos, aversões, medos, raivas, ciúmes, competitividade, e assim por diante. (O paciente mencionara antes que, a cada ano, sua mãe comprava o mesmo presente de Natal para seus quatro filhos.) Atuado no esquecimento do paciente na presente sessão estava um esforço para determinar se eu seria capaz de lembrar o que ocorrera na sessão anterior, refletindo dessa forma minha própria capacidade de distingui-lo de qualquer outra pessoa na minha vida.

Disse ao Sr. M. que pensava que ele estava preocupado que eu não fosse capaz de lembrar nossa sessão anterior. Ficou surpreso com esse comentário, e disse que lembrar parecia algo pessoal demais para esperar de mim. Tinha uma vaga sensação de que eu anotava as coisas e de que recorria a elas quando precisava.

O medo do paciente de que eu não me lembrasse dele, seu anseio de reconhecimento, sua angústia de me pedir diretamente esse reconhecimento, e sua raiva ligada ao sentimento de que no passado eu falhara em reconhecê-lo e que certamente faria isso de novo hoje –, tudo isso estava presente na ausência de afeto e de memória (e na experiência de haver algo faltando). O que estava presente era uma afirmação de tudo o que estava ausente. Assim, aquilo que faltava estava vivencialmente presente (a experiência consciente do buraco nele), e o que estava presente estava ausente (a fantasia de minha pessoa como um ser mecânico, da qual o paciente se deu conta depois que interpretei sua angústia).

O método psicanalítico desenvolvido por Freud baseia-se no processo de constituição de sentido por meio desse tipo de dialética entre presença e ausência e entre ausência e presença. Seria inexato dizer que o Sr. M. não estava sentindo raiva, solidão,

anseio de ser reconhecido, e medo de não sê-lo. Também seria inexato dizer que ele estava 'realmente' vivenciando tais pensamentos e sentimentos em sua 'mente inconsciente'. Em si mesmos, ambos os enunciados refletem formas de reducionismo que são incapazes de captar a fenomenologia da experiência dialeticamente constituída. A concepção psicanalítica da natureza da experiência requer que qualquer enunciado completo da experiência do paciente seja tomado dialeticamente de um modo que reconheça a contextualização mutuamente negadora e preservadora de presença por ausência e de ausência por presença. O próprio conceito de transferência representa uma concepção dialética de um passado que é presente e de um presente que é passado.

De modo similar, a compreensão analítica da experiência onírica baseia-se nessa dialética de presença e ausência: o conteúdo latente do sonho não é a solução do enigma do sonho manifesto. A fenomenologia do sonhar oscila entre o visível e o invisível, o manifesto e o oculto, o texto narrado e o texto silencioso. Presença e ausência permanecem num processo infindável de mútua afirmação e negação que impede a experiência onírica de se iluminar onde quer que seja. Quando se 'descobre' o significado de um sonho, perde-se contato com a vitalidade e evanescência da experiência de sonhar; no seu lugar criou-se uma mensagem decodificada exangue e tediosa.

A linguagem do sujeito

Desde a perspectiva da discussão precedente, gostaria de comentar brevemente um aspecto da linguagem psicanalítica. Creio que uma teoria psicanalítica da 'eu-dade' que experiencia precisa incorporar na sua própria estrutura e linguagem um reconhecimento da natureza inefável, em constante movimento e evolução, da subjetividade (descrita por Kundera [1984] como a "insustentável leveza do ser"). Escolhi utilizar o termo *sujeito*

nessa discussão para me referir ao indivíduo na sua experiência, sempre mutativa, dialeticamente negadora e negada, de 'eu-dade', ao invés dos termos *self* ou *ego*.

Embora o termo *self* seja indispensável na descrição de aspectos da fenomenologia da subjetividade (por exemplo, para descrever a sensação que o indivíduo tem de quem ele é ou a experiência de 'mim-dade' (*me-ness*) como sensação de *self*-como-objeto), considero que o termo *self* como construto teórico vergou sob o peso de significados estáticos e reificantes. O conceito de *self* é freqüentemente usado de um modo que parece designar uma entidade localizável "dentro" da pessoa. Isso é particularmente verdadeiro quando o *self* é concebido como uma "estrutura psíquica" (Kohut, 1971, p.xv), "um conteúdo do aparelho mental" (p.xv) com uma "localização psíquica" (p.xv). Usado desta forma, o termo *self* se presta pouco a transmitir um sentido de 'eu-dade' que emerge de um processo dialético que descentra continuamente.

Spruiell (1981) argumenta com elegância que o termo *ego*, quando usado no sentido que Freud usava *Das Ich* – para se referir à pessoa assim como a um sistema psicológico – é suficientemente flexível e ambíguo para abarcar tanto o 'eu' da experiência quanto o metapsicológico. Todavia, o termo *ego* difere significativamente do termo bem mais pessoal de Freud, *Das Ich* (o 'eu'). Freud (1926b) advertiu especificamente contra o uso de "nomes gregos pomposos" (p. 195) para *Das Ich*, a fim de "manter (os conceitos psicanalíticos) em contato com o modo popular de pensar" (p. 195). O termo *ego*, sobretudo quando usado para fazer referência a um grupo de funções psíquicas, perde virtualmente qualquer conexão com a fenomenologia da experiência de 'eu-dade' e se transforma quase por completo numa abstração metapsicológica (ver, por exemplo, Hartmann (1950), Hartmann et al. (1946), Loewenstein 1967).

Além disso, até mesmo o termo de Freud, *Das Ich*, escolhido com a intenção de manter o discurso analítico relativo à mente próximo do 'eu' cotidiano, refere-se a apenas um aspecto da psique. No modelo tópico, Freud foi claro ao afirmar que *Das Ich*

(o ego) não é "amo na sua própria casa", e que, portanto, não deve ser equacionado à concepção psicanalítica de mente como um todo, que necessariamente inclui aquilo que não é o ego, ou seja, o Inconsciente, aquilo que está em tensão com, em 'comunicação' com, o 'eu' consciente que pensa, sente, fala.

Como já discuti anteriormente, no modelo estrutural, *Das Ich* é tão pouco coincidente com a psique quanto a consciência no modelo tópico. No modelo estrutural, *Das Ich* está numa relação de mútua preservação e negação com *Das Es* (o isso). O 'isso' não é 'eu', todavia, quando saudável, é parte inextricável daquilo que está em processo de se tornar 'eu' e uma parte do que estou me tornando (*Wo Es war, soll Ich werden*: "Onde o id [isso] era, o ego [eu] há de advir" [Freud, 1933, p. 80]). Equacionar *Das Ich* (o ego do modelo estrutural) com o 'eu'que experiencia é obscurecer o processo produtivo de mútua negação e preservação envolvendo ego, id e superego, sobre o qual o modelo estrutural está baseado. Fazer tal equação é confundir a parte (o ego) com o todo dialético (negador e negado).

Embora nenhuma palavra possa conter em si a multiplicidade, ambigüidade e especificidade de sentido necessárias, o termo *sujeito* parece particularmente adequado para transmitir a concepção psicanalítica do 'eu' que experiencia, tanto num sentido fenomenológico quanto metapsicológico. O termo está etmologicamente ligado à palavra *subjetividade* e traz em si uma reflexividade semântica inerente, ou seja, denota simultaneamente sujeito e objeto, eu e isto, eu e mim. A palavra *sujeito* se refere tanto ao "eu" como quem fala, pensa, escreve, lê, percebe, etc., quanto ao objeto da subjetividade, ou seja, ao tópico (*the subject**) em discussão, a idéia que está sendo considerada, o percepto sendo visto, etc. Assim sendo, o sujeito nunca pode estar totalmente separado do objeto e, portanto, nunca pode estar inteiramente centrado nele mesmo. Como discutiremos nos

* Em português perde-se essa duplicidade de sentido da palavra *sujeito* que, em inglês, designa tanto o sujeito quanto um assunto, tema, tópico (ou seja, o objeto). N.T.

próximos dois capítulos, a reflexividade da dialética do sujeito e do objeto é um componente fundamental da concepção psicanalítica sempre em expansão do 'eu' que experiencia descentrado.

A título de conclusão

Freud propôs um modelo da mente no qual não há posição privilegiada em que localizar o sujeito, quer na consciência quer no âmbito do inconsciente dinâmico. Pelo contrário, o sujeito está constituído por atos psíquicos que têm qualidades de consciência e ausência de consciência. Cada um se reflete por meio do outro; cada um é negado pelo outro. Cada maneira de ser consciente é abalada pelo inconsciente, que lhe é "co-implícito" (*co-implicit*) (Ricoeur, 1970, p. 378) ou "co-intencional" (*co-intended*) (p. 378); cada maneira de ser inconsciente é experimentada por via dos seus efeitos na consciência, ou seja, na maneira como a experiência perceptível, conscientemente registrada é formada, interrompida, intensificada, 'lacunizada', contextualizada, etc. Embora o descentramento freudiano do sujeito comece com a superação da presunção do ego de ser o amo em sua própria casa, em nossas indagações temos sempre que, de alguma forma, partir da e retornar para a consciência, já que é somente por meio do perceptível que sentimos os efeitos daquilo que carece da qualidade consciente. Por mais estranho que o inconsciente possa parecer, a continuidade entre o Sistema Inconsciente e o Sistema Pré-consciente-Consciente se mantém, na medida em que ambos pertencem ao mesmo sistema de significação humano (embora não necessariamente sob a mesma forma simbólica).

Um adendo sobre Lacan

Uma discussão abrangente sobre a concepção lacaniana do sujeito não é possível no âmbito do presente capítulo. Contudo,

antes de me referir às elaborações kleinianas e winnicottianas da concepção freudiana do sujeito nos próximos dois capítulos, gostaria de notar brevemente que, embora haja amplas áreas de convergência de pensamento nos trabalhos de Freud, Klein, Winnicott e Lacan, considero o projeto lacaniano fundamentalmente diferente daquele expresso pelas correntes de pensamento que se desenvolvem a partir da obra de Freud, Klein e Winnicott. Esses três analistas trabalharam totalmente dentro de uma estrutura hermenêutica, dialética, em que o diálogo analítico (assim como o diálogo intrapessoal) está baseado num discurso mutuamente interpretativo, no qual os significados são esclarecidos e elaborados, e no qual se geram compreensões cada vez mais amplas da experiência de si mesmo e do outro (Habermas 1968). Também para Lacan a compreensão do processo analítico e da constituição e descentramento do sujeito é propiciada por um pensamento dialético como, por exemplo, a concepção de Lacan (1957) da natureza da inter-relação entre os registros do Imaginário, Simbólico e Real, e sua compreensão da natureza da interdependência entre sujeito e objeto na relação analítica transferencial-contratransferencial (Lacan, 1951).

Contudo, existe, em paralelo e em tensão com os componentes dialéticos da obra de Lacan, um elemento significativamente desconstrucionista que não está presente na obra de Freud, Klein e Winnicott. Para Lacan (1966a), há uma cisão radical entre significante e significado, de forma que a cadeia de significantes (o conjunto de elementos acústicos da linguagem) está perpetuamente "deslizando" sobre os significados (o conjunto de conceitos produzidos pela linguagem). Essa disjunção faz do "intervalo" (o hiato) a estrutura mais fundamental da cadeia significante (Lacan, 1966b). Assim, os significados que criamos por meio da linguagem estão inevitavelmente construídos com base em falsas denominações, falsos reconhecimentos, sobre os quais nos apoiamos para criar a ilusão da compreensão. Esses significados não têm o mesmo estatuto que o conteúdo manifesto freudiano, a partir do qual se geram as cadeias associativas que

permitem contextualizações cada vez mais ricas e compreensões cada vez mais amplas de significados 'co-implicitamente' conscientes e inconscientes. No pensamento lacaniano, o texto manifesto deve ser em grande medida desconstruído a fim de evitar que se entre num ciclo vicioso de falsos reconhecimentos. Os lapsos verbais, erros, chistes, jogos de palavra, atos sintomáticos, etc., proporcionam "intervalos" (Lacan, 1966b) (em contraposição à inter-relação entre contextos que se negam criativamente), por intermédio dos quais se pode vislumbrar aquilo que não é intencional por parte do sujeito falante.

O projeto lacaniano pode ser igualado a um esforço para ver através dos intervalos ou das ranhuras de uma imagem pictórica por trás da qual há outro quadro. Em contraste, o projeto freudiano pode ser concebido em termos de um círculo hermenêutico no qual o primeiro plano é contextualizado pelo fundo e vice-versa; o texto freudiano supõe uma integridade na qual cada parte está relacionada, informa e é informada por cada uma das outras partes do texto. Não há nenhuma descontinuidade radical entre porções da trama de significados, sejam elas conscientes ou inconscientes, manifestas ou latentes, intencionais ou 'desintencionais' (*unintended*). De fato, a noção do desintencional não tem sentido desde a perspectiva da concepção freudiana da relação entre as partes e o todo. O 'desintencional' seria mais precisamente denominado o "co-intencional" (*co-intended*) (Ricoeur, 1970). A lógica fundamental que subjaz aos elementos discordantes do texto é a lógica da inter-relação dialética entre presença e ausência discutida acima.

Um resultado importante da noção lacaniana da disjunção radical entre significante e significado é a concepção do sujeito desconstruído que emerge de sua obra. O inconsciente é constituído pela cadeia de significantes, o Outro. O sujeito é falado pelo Outro, e, nesse sentido, é "acéfalo" (*acéphale*, Lacan, 1954-1955). Uma disjunção radical separa o sujeito do inconsciente (aquele que é falado pelo Outro, a cadeia de significantes) do sujeito falante autoconsciente (que faz falsas denominações e falsos reconheci-

mentos). As duas ordens de sentido e de subjetividade não constituem um todo dialético. Pelo contrário, o sujeito lacaniano não está simplesmente descentrado, mas radicalmente desconectado de si mesmo, deixando uma 'falta' ou vazio central, resultante do fato de o sujeito falante e o sujeito do inconsciente estarem irreversivelmente divididos pelo abismo intransponível que separa significante de significado.

Sumário

Ainda que a concepção freudiana do sujeito ocupe um lugar central entre os elementos irredutíveis que definem a compreensão psicanalítica do homem, o tema está em grande parte implícito nos escritos de Freud. A concepção freudiana do processo pelo qual o sujeito se constitui é de natureza fundamentalmente dialética e envolve a noção de que o sujeito é criado e sustentado (e, ao mesmo tempo, descentrado de si mesmo) por meio da inter-relação dialética entre consciência e inconsciente.

A contribuição da psicanálise para a teoria da subjetividade envolve a formulação de um conceito do sujeito no qual nem a consciência nem o inconsciente detêm uma posição privilegiada um em relação ao outro; ambos coexistem numa relação mútua de criação, preservação e negação. O princípio de presença-em-ausência e de ausência-em-presença subtende o movimento dialético entre as dimensões consciente e inconsciente da subjetividade.

Para uma concepção intersubjetiva do sujeito: a contribuição kleiniana

3

O pensamento psicanalítico proveniente da escola inglesa contribuiu de vários modos significativos para a elaboração do conceito do sujeito dialeticamente constituído (e descentrado). Depois de ter discutido a concepção freudiana do sujeito no capítulo anterior, explorarei agora a contribuição kleiniana para esse projeto. O capítulo 4 discutirá a contribuição winnicottiana.

Três das mais importantes contribuições teóricas de Melanie Klein para o desenvolvimento de uma formulação analítica da subjetividade são (1) a concepção dialética de estrutura psíquica e desenvolvimento psicológico subjacente ao seu conceito de "posições", (2) o descentramento dialético do sujeito no espaço psíquico, e (3) a noção da dialética da intersubjetividade que está implícita no conceito de identificação projetiva. A atenção de Klein não estava voltada para a questão teórica da natureza da subjetividade, e, em conseqüência, nós, na qualidade de intérpretes de sua obra, podemos estar melhor situados do que a própria autora para compreender o lugar de seu pensamento no desenvolvimento da concepção psicanalítica do sujeito.

A inter-relação dialética das organizações psíquicas

A noção kleiniana (1935) de *posições* é fundamentalmente diferente dos conceitos de estágios de desenvolvimento e fases de desenvolvimento. Esses conceitos são lineares por natureza, com uma fase ou estágio seguindo, construindo-se sobre, e integrando aqueles que o precederam. As posições de Klein não designam períodos de desenvolvimento pelos quais se passa no caminho para a maturidade psicológica: "Escolho o termo 'posição' (...) porque esses grupos de angústias e defesas, embora apareçam durante os estágios mais iniciais (da vida), não se restringem a eles" (Klein,1952a, p. 93).

As posições nem sucedem nem precedem uma a outra; pelo contrário, cada uma coexiste com as outras numa relação dialética (Ogden, 1988). Assim como o conceito de mente consciente só tem sentido em relação ao conceito de mente inconsciente, cada uma das posições kleinianas só tem sentido em relação à outra. O sujeito kleiniano não existe numa determinada posição ou nível hierárquico de posições, mas numa tensão dialética criada *entre* posições.

As formas de experiência associadas à posição esquizo-paranóide (Klein, 1946, 1952a) e à posição depressiva (Klein, 1935, 1948, 1952a) só podem ser nomeadas referindo-se às maneiras como cada uma é um pólo de um processo dialético em que cada uma cria, nega e preserva a outra. Entendo as posições kleinianas como organizações psicológicas que determinam formas de atribuir significado à experiência (Ogden, 1986, 1989a). Associada a cada uma das posições está uma qualidade particular de angústia, além de formas de defesa e de relação objetal, um tipo de simbolização e uma qualidade de subjetividade. Juntas, essas qualidades da experiência constituem um estado de ser característico de cada uma das posições.

Desde a perspectiva de uma conceituação da idéia kleiniana de posições como pólos de um processo dialético por meio do

A inter-relação dialética das organizações psíquicas

A noção kleiniana (1935) de *posições* é fundamentalmente diferente dos conceitos de estágios de desenvolvimento e fases de desenvolvimento. Esses conceitos são lineares por natureza, com uma fase ou estágio seguindo, construindo-se sobre, e integrando aqueles que o precederam. As posições de Klein não designam períodos de desenvolvimento pelos quais se passa no caminho para a maturidade psicológica: "Escolho o termo 'posição' (...) porque esses grupos de angústias e defesas, embora apareçam durante os estágios mais iniciais (da vida), não se restringem a eles" (Klein,1952a, p. 93).

As posições nem sucedem nem precedem uma a outra; pelo contrário, cada uma coexiste com as outras numa relação dialética (Ogden, 1988). Assim como o conceito de mente consciente só tem sentido em relação ao conceito de mente inconsciente, cada uma das posições kleinianas só tem sentido em relação à outra. O sujeito kleiniano não existe numa determinada posição ou nível hierárquico de posições, mas numa tensão dialética criada *entre* posições.

As formas de experiência associadas à posição esquizo-paranóide (Klein, 1946, 1952a) e à posição depressiva (Klein, 1935, 1948, 1952a) só podem ser nomeadas referindo-se às maneiras como cada uma é um pólo de um processo dialético em que cada uma cria, nega e preserva a outra. Entendo as posições kleinianas como organizações psicológicas que determinam formas de atribuir significado à experiência (Ogden, 1986, 1989a). Associada a cada uma das posições está uma qualidade particular de angústia, além de formas de defesa e de relação objetal, um tipo de simbolização e uma qualidade de subjetividade. Juntas, essas qualidades da experiência constituem um estado de ser característico de cada uma das posições.

Desde a perspectiva de uma conceituação da idéia kleiniana de posições como pólos de um processo dialético por meio do

qual o sujeito é constituído, cada uma das posições é entendida como uma ficção, um ideal inexistente que nunca é encontrado em sua forma pura. No entanto, com o intuito de dar clareza à discussão, apresentarei uma visão altamente esquemática das posições, como se cada uma pudesse ser isolada da outra.

A posição esquizo-paranóide é uma organização psicológica que produz um estado de ser a-histórico, relativamente desprovido da experiência de um sujeito interpretativo que faça a mediação entre a sensação de eu-dade e a própria experiência sensorial vivida, relacionado com objetos parciais e que se apóia totalmente, como modos de defesa e formas de organização da experiência, na clivagem, idealização, recusa, identificação projetiva e pensamento onipotente. Esse modo esquizo-paranóide contribui para a sensação de imediatez e de intensidade da experiência.

O pólo depressivo da dialética dos modos de produzir experiência (isto é, a posição depressiva) caracteriza-se por (1) uma experiência de uma 'eu-dade' interpretante que faz a mediação entre a pessoa e sua própria experiência sensorial vivida; (2) a presença de uma sensação de *self* historicamente enraizada, contínua no tempo e nas mudanças de estados afetivos; (3) estabelecimento de relação com outras pessoas que são vivenciadas como sujeitos totais e separados, com uma vida interna similar à própria; além disso, o sujeito é capaz de sentir preocupação pelo Outro, culpa e o desejo de fazer reparações não-mágicas dos danos reais e imaginados infligidos a outros; e (4) modos de defesa (por exemplo, recalque e identificação madura) que permitem ao indivíduo suportar uma pressão psicológica ao longo do tempo (em contraposição a se apoiar na somatização, na fragmentação ou em fantasias e atuações evacuativas como modos de dissipar e anular sofrimentos psíquicos). Em suma, o modo depressivo gera uma qualidade de experiência dotada de uma riqueza de significados simbólicos estratificados.

Em outro texto (1988, 1989a), introduzi minha própria concepção de um terceiro pólo da experiência humana dialeticamente constituinte: a posição autista-contígua. A posição

autista-contígua é concebida como uma organização psicológica mais primitiva do que as posições delineadas por Klein. Tal concepção representa uma elaboração e extensão da obra de Bick (1968, 1986), Meltzer (1975), (Meltzer et al., 1975) e Tustin (1972, 1980, 1984, 1990). A posição autista-contígua está associada a um modo de produzir experiência dominado por sensações e caracterizado por impressões proto-simbólicas da experiência sensorial que, em conjunto, ajudam a constituir uma vivência de superfícies delimitadas. O caráter rítmico e as experiências de contigüidade sensorial (especialmente na superfície da pele) contribuem para uma sensação elementar de continuidade do ser através do tempo. Tais experiências são produzidas dentro da invisível matriz da mãe-ambiente. As relações com objetos (que não são vivenciados como tais) ocorrem sob a forma de experiências de "formas auto-sensuais" (Tustin, 1984) e "objetos auto-sensuais" (Tustin, 1990). Esses usos, idiossincráticos, mas organizados e organizadores, das experiências sensoriais de suavidade e dureza, são facetas do processo pelo qual a base sensorial de toda experiência é produzida.

É preciso enfatizar que a inter-relação negadora e preservadora das posições evolui ao longo de um eixo diacrônico (temporalmente seqüencial), assim como de um eixo sincrônico. A inter-relação entre o caráter diacrônico e sincrônico representa um componente inextricável da natureza dialética do conceito de posições. Uma teoria psicológica torna-se insustentável se não incorporar um reconhecimento da direcionalidade do tempo e da vida. Seria absurdo adotar uma perspectiva exclusivamente sincrônica que não reconhecesse a progressão de estágios de maturidade que ocorrem no decorrer da vida de um indivíduo. Subestimar a importância do eixo diacrônico na teoria kleiniana seria obscurecer a importância para o desenvolvimento – tanto no decorrer da maturação quanto durante a análise – de momentos críticos ou períodos de reorganização psíquica como aqueles implicados na realização de uma posição depressiva mais plenamente elaborada, por exemplo, como os que se refletem no

desenvolvimento da capacidade do indivíduo para a culpa, o luto, a empatia, a gratidão, etc. Por outro lado, uma teoria psicológica que sobrestime o diacrônico às expensas do sincrônico (por exemplo, apoiando-se em demasia no conceito de linhas de desenvolvimento), tende a ignorar a importância da dimensão primitiva presente em toda experiência, inclusive naquelas formas de experiência consideradas mais maduras e totalmente evoluídas.

Há muitos momentos nos escritos de Klein em que o conceito de posição parece mudar de uma concepção dialética (reconhecimento da coexistência e mútua contextualização das posições) para uma linear. Por exemplo, Klein (1948, 1952a) descrevia regularmente a posição esquizo-paranóide como associada aos primeiros três meses de vida, ao passo que retratava a posição depressiva como tendo suas origens no segundo trimestre do primeiro ano de vida. Há uma passagem muito reveladora em que Klein (1952a) afirma que as posições esquizo-paranóide e depressiva surgem muito cedo no desenvolvimento e "*voltam a aparecer* durante os primeiros anos da infância e *sob determinadas circunstâncias* nos anos posteriores" (p. 93, grifos do autor). A idéia de que essas posições fundamentais "voltam a aparecer" na infância e depois, 'sob determinadas circunstâncias', por toda a vida representa um retorno a um modelo linear de desenvolvimento, no qual as posições são concebidas como estágios iniciais com pontos de fixação aos quais o indivíduo regride quando em estados de doença psicológica ou tensão. Tal visão é totalmente inconsistente com a visão mais ampla de Klein das posições como organizações psicológicas sempre presentes, cuja relação muda não por meio de sucessões ou progressões de uma para a outra, mas de mudanças nas formas como cada uma contextualiza a outra.

A concepção dialética de Klein da estrutura psíquica e de seu desenvolvimento incorpora totalmente a noção de Freud da atemporalidade do inconsciente. A concepção de Freud (1911, 1915b) da atemporalidade da dimensão inconsciente da experiência concebe o indivíduo existindo simultaneamente em duas formas de tempo – um tempo diacrônico (linear, seqüencial) e um tempo

sincrônico. Cada forma de tempo tem sua própria validade no contexto de seu próprio sistema psíquico (o Sistema Pré-consciente-Consciente e o Sistema Inconsciente). O sujeito psicanalítico é, portanto, dialeticamente constituído (simultaneamente) dentro e fora do tempo diacrônico, convencionalmente medido.

A concepção dialética kleiniana da estrutura psíquica e do desenvolvimento psicológico efetua um descentramento do sujeito de sua posição à 'frente' de uma linha de desenvolvimento. Pelo contrário, o sujeito é concebido como existindo num tempo psicanalítico (oposto ao tempo linear, seqüencial), participando assim de todas as facetas da subjetividade e de todas as formas de primitivismo e maturidade, simultaneamente e numa inter-relação mutativa. A infância psicanalítica não está restrita aos primeiros meses de vida; pelo contrário, a noção da atemporalidade do inconsciente exige que consideremos as posições autista-contígua, esquizo-paranóide e depressiva como facetas conjuntamente constitutivas do tempo presente em cada período da vida. A posição depressiva não deve ser entendida como reflexo de uma superação bem sucedida dos conflitos e angústias das posições autista-contígua e esquizo-paranóide; deve, antes, ser vista como um componente da vida psicológica desde os seus primórdios (por exemplo, no confronto do bebê com a alteridade no mal-estar do momento do nascimento).

Antes mesmo de ter introduzido o conceito de posição, Klein (1932) já começara a contestar a idéia do enraizamento do indivíduo no tempo, linear de desenvolvimento ao sugerir que a excitação genital, o desejo e a fantasia (inclusive as fantasias edípicas) coexistem com as tendências da libido mais "iniciais" (isto é, orais, anais e uretrais). O "deslocamento" (Klein, 1932) ou a "distribuição" (Bibring, 1947, p. 73) da excitação libidinal com seus correspondentes desejos inconscientes e fantasias de relação de objeto colocam em cena "todos (os aspectos do desenvolvimento libidinal) ao mesmo tempo" (Klein, 1932, p. 272).

Pode-se dizer que Klein contribuiu para compor o terceiro descentramento histórico do homem, o descentramento psicológico

do homem de sua própria consciência. Uma concepção dialética da estrutura psíquica e de seu desenvolvimento desloca o homem de sua posição na extremidade mais avançada do que ele acredita ser sua 'progressão' através dos estágios de sua vida: "O passado não está morto, nem mesmo é passado" (Faulkner). A posição depressiva, apesar de seus atributos de historicidade e da capacidade de criar e interpretar símbolos, não é o lugar do sujeito na teoria kleiniana assim como não o são a consciência ou o ego na teoria freudiana.

A dialética da clivagem e da integração do sujeito

Depois de ter discutido a dialética kleiniana das organizações psicológicas, gostaria de enfocar agora uma segunda contribuição da teoria kleiniana para o desenvolvimento do conceito do sujeito dialeticamente constituído e descentrado. Para Klein, a psique (após um hipotético momento inicial de unidade) entra num processo contínuo de clivagem do ego e uma correspondente divisão do objeto (interno). O ego e o objeto se clivam em componentes significativos ('que são investidos') um para o outro. Por exemplo, o componente do objeto que odeia e é odiado é a faceta do objeto (interno) que (com propósitos defensivos) tem significado para e é reconhecido pelo componente do ego que odeia e é odiado. Dessa forma, o indivíduo pode tranqüilamente odiar o objeto mau sem medo de destruir o objeto que ama e é amado.

O sujeito kleiniano está descentrado de si mesmo na medida em que nenhum dos múltiplos componentes do ego e dos objetos internos é coextensivo a ele. Tal concepção do sujeito constituído em grande parte por uma multiplicidade de relações internas de objeto fantasiadas representa uma elaboração da dispersão freudiana (descentramento) do sujeito entre consciência e inconsciente (no modelo tópico) e, mais tarde, entre as instâncias psíquicas (no modelo estrutural). Assim, a dispersão kleiniana do

sujeito por todo o campo de relações internas de objeto fantasiadas pode ser considerada uma extensão do sujeito freudiano descentrado:

> O campo intrasubjetivo (freudiano, no modelo estrutural) tende a ser concebido segundo a modalidade das relações intersubjetivas, e os sistemas são descritos como pessoas-dentro-da-pessoa relativamente autônomas (diz-se, por exemplo, que o superego age de modo sádico em relação ao ego) (Laplanche e Pontalis, 1967, p. 452).

O sujeito kleiniano não só está clivado (disperso) entre as relações internas de objeto fantasiadas que o constituem, mas o próprio processo de clivagem representa uma parte de uma dialética de dispersão e unidade do sujeito, de fragmentação e integração, de desligamento e ligação, de relações de objeto parcial e relações de objeto total. Essa dialética de dispersão e unidade representa uma outra faceta da relação entre as posições esquizo-paranóide e depressiva (representada por Bion [1963] pela notação Ps ↔ D).

A dialética da clivagem e integração no espaço psicológico pode ser pensada em termos de facetas intra e interpessoais. Intrapsiquicamente, os processos de clivagem associados à posição esquizo-paranóide desembocam na construção de um mundo objetal interno continuamente sujeito a pressões de desintegração. Existe (como faceta do componente esquizo-paranóide da experiência dialética constitutiva) um movimento em direção ao colapso da experiência em relações de objeto parcial num contexto a-histórico, em que pensamentos e afetos são vivenciados como forças e objetos. Num extremo, tais pressões desintegrativas conduzem a intensas fantasias de explosão do sujeito (dispersando, dessa forma, o mundo objetal interno pela imensidão do espaço infinito) ou a fantasias de implosão do sujeito (resultantes de sentimentos de fragmentação dos objetos internos, de um modo tal que o sujeito desaparece no seu próprio vácuo interno).

É importante não pensar de forma patológica as pressões de negação, desintegração e descentramento associadas ao

componente esquizo-paranóide da dialética Ps ↔ D. A pressão intrapsíquica de desintegração representa uma negação essencial das qualidades integrativas associadas ao pólo depressivo da dialética. Na ausência da pressão desintegradora do pólo esquizo-paranóide da dialética geradora de experiência, a integração associada à posição depressiva chegaria ao fechamento, à estagnação e à "arrogância" (Bion, 1967). A negação ao fechamento, os "ataques à ligação" (Bion, 1959) representados pelo pólo esquizo-paranóide da dialética, tem o efeito de desestabilizar aquilo que, de outra forma, tornaría-se estático. Assim, os efeitos de negação, desintegração, da posição esquizo-paranóide geram continuamente o potencial para novas possibilidades psicológicas (isto é, a possibilidade de mudanças psíquicas).

A própria experiência do sonho é um reflexo da tensão dialética entre as posições esquizo-paranóide e depressiva. Sonhar não é simplesmente um processo de falar consigo mesmo durante o sono sobre pensamentos e sentimentos inconscientes, de forma codificada; muito mais importante, é uma experiência de desintegrar a própria experiência e re-presentá-la para si mesmo sob uma nova forma e num novo contexto (o contexto do espaço onírico). O ato de re-presentar a própria experiência sob a forma do sonho constitui a criação de uma nova experiência, uma nova integração que imediatamente sofre desintegração (como se reflete na experiência do sonho, como um fato psíquico evanescente, efêmero, pouco reconhecível). Às vezes, a dialética de integração e desintegração subjacente à experiência de sonhar desmorona no terror de desintegração, quando a pessoa se desespera quanto à suficiência da dimensão continente (integrativa) do próprio mundo interno. Isso pode resultar num medo intenso de *cair* no sono, um medo que reflete a fantasia de não ser 'sustentado' no sono e cair no espaço infinito e sem forma ('quando o galho quebra').

Identificação projetiva

Depois de ter discutido brevemente o componente intrapsíquico da dialética de integração e desintegração que subjaz à constituição e ao descentramento do sujeito kleiniano, voltar-me-ei agora para uma exploração do componente interpessoal dessa dialética. A idéia da identificação projetiva (particularmente como foi elaborada por Bion [1952, 1962a, 1963] e H. Rosenfeld [1965, 1971, 1987]) é o conceito que mais fortemente diz respeito ao componente interpessoal da dialética de dispersão e integração, de negação e criação do sujeito na teoria kleiniana.

Klein (1946) sugere a dimensão intersubjetiva do processo de identificação projetiva ao afirmar que nesta:

> partes clivadas do ego são também projetadas na mãe ou, como prefiro dizer, *para dentro* da mãe (...) [num esforço] para controlar e tomar posse do objeto (...) Na medida em que a mãe passa a conter as partes más do *self*, ela não é sentida como um indivíduo separado, e sim como sendo *o self* mau (p. 8).

Assim, Klein propõe a existência, desde os estágios iniciais da vida, de um processo psíquico por intermédio do qual aspectos do *self* não são simplesmente projetados sobre a representação psíquica do objeto (como na projeção), mas "*para dentro*" do objeto, de modo que se tenha a sensação de controlar o objeto desde dentro e o projetor vivencie o objeto como parte dele mesmo.

O nível vivencial da identificação projetiva é apresentado por Klein sob a forma de uma discussão sobre um romance de Julian Green, *If I were you.* Na história de Green, o protagonista, movido pela inveja, faz um pacto com o diabo, de acordo com qual troca sua alma pelo poder de deixar seu próprio corpo e se apossar do corpo e da vida de quem quiser. Klein descreve a angústia associada à experiência (fantasiada) de habitar o Outro, tentando ao mesmo tempo não perder completamente a sensação do próprio *self*. (É essencial não se perder totalmente no Outro, já

que a perda completa da sensação do enraizamento em si mesmo equivale ao próprio desaparecimento e à morte psíquica). A identificação projetiva, de acordo com Klein, provoca um esgotamento psíquico, na medida em que há um imenso gasto de energia no esforço para controlar o Outro tão completamente que ele é vivenciado como tendo adotado um aspecto da própria identidade.[1]

Bion (1952, 1962a, 1963) fez várias contribuições importantes para o desenvolvimento do conceito de um componente interpessoal da identificação projetiva e para os primórdios de uma articulação da noção de um espaço interpessoal em que a subjetividade e a capacidade de pensamento são criadas (e às vezes atacadas). Ao descrever a fenomenologia da identificação projetiva, Bion afirmou: "O analista sente que está sendo manipulado para que desempenhe um papel, não importa quão isso seja difícil de reconhecer, na fantasia de uma outra pessoa" (1952, p. 149). Assim, a identificação projetiva para Bion não é simplesmente uma fantasia inconsciente de projetar um aspecto próprio no Outro e controlá-lo desde dentro; representa um acontecimento psicológico interpessoal no qual o projetor, por via de uma interação interpessoal real com o recipiente da identificação projetiva, exerce pressão sobre o Outro para que se vivencie e se comporte de forma congruente com a fantasia projetiva onipotente.

Partindo desse ponto, Bion continua, descrevendo a forma como o bebê desenvolve, de modo paradoxal, a capacidade de vivenciar seus próprios pensamentos e sentimentos por meio de uma experiência com a mãe, em que esta experimenta os pensamentos impensáveis e os sentimentos ainda não toleráveis do bebê como seus. A identificação projetiva é considerada um

---

1 A noção de uma dimensão interpessoal da identificação projetiva permaneceu ambígua e pouco desenvolvida na obra de Klein. Bion (1952) e H. Rosenfeld (1971) foram os pioneiros na exploração clínica e na formulação teórica da identificação projetiva como um processo psicológico interpessoal.

processo em que os pensamentos do bebê que não podem ser pensados e os sentimentos que não podem ser sentidos são evocados na mãe quando esta é capaz de se tornar psicologicamente disponível para ser usada dessa forma:

> A identificação projetiva torna possível para ele (o bebê) investigar seus próprios sentimentos numa personalidade forte o suficiente para contê-los. A recusa do uso desse mecanismo, quer pela negativa da mãe de servir de depósito para os sentimentos do bebê, quer pelo ódio e inveja do paciente que não pode permitir que a mãe exerça essa função, leva à destruição do vínculo entre o bebê e o seio e, conseqüentemente, a uma perturbação severa do impulso de curiosidade do qual depende toda a aprendizagem. (Bion, 1959, p. 314).

Bion (1962a) usou o termo *rêverie* para se referir ao estado psicológico no qual a mãe-Outro é capaz de desempenhar adequadamente a "função continente" para as projeções de pensamentos impensados e sentimentos não sentidos do bebê/analisando. A relação entre continente e conteúdo é não-linear e não deve ser reduzida a uma esquematização linear, seqüencial, do seguinte tipo: um aspecto do projetor – na fantasia e por meio de uma interação interpessoal real – passa a ser induzido no Outro; depois de alterados no processo de serem vivenciados por uma 'personalidade forte o suficiente para contê-los', esses aspectos 'metabolizados' do *self* tornam-se disponíveis para o projetor que, pela identificação, torna-se mais plenamente capaz de vivenciar seus pensamentos e sentimentos como próprios. Tal concepção da identificação projetiva obscurece a questão da natureza da inter-relação de subjetividades envolvidas na identificação projetiva, ao tratar o projetor e o recipiente como entidades psicológicas distintas. É aqui que a natureza dialética do conceito de Bion de continente e de conteúdo nos dá a possibilidade de ir conceitualmente mais além da natureza mecânica da compreensão linear da identificação projetiva que acabamos de descrever. (Ver Ogden [1979, 1982a] para ilustrações clínicas da inter-relação dialética entre as dimensões intrapsíquicas e interpessoais da identificação projetiva no *setting* analítico.)

Do ponto de vista da dialética continente/conteúdo, a identificação projetiva se torna uma conceituação da criação da subjetividade por meio da dialética da interpenetração de subjetividades. Nessa relação dialética, projetor e 'recipiente' entram numa relação de estar-em-um (*at-one-ment*) e estar separado simultaneamente, na qual a experiência do bebê recebe uma forma da mãe, sendo que (nos casos normais) a forma que a mãe dá já foi determinada pelo bebê. A mãe permite a si mesma ser habitada pelo bebê na sua "contra-identificação" (Grinberg, 1962) com o bebê, e, nesse sentido, é criada pelo bebê ao mesmo tempo em que o está criando (dando forma). A forma que a mãe dá ao bebê é informada de modo singular por sua própria experiência de si mesma e do bebê. (Bion apenas alude à vivência que a mãe tem desse processo intersubjetivo. Além disso, na sua obra, quase não há discussão sobre a contribuição específica da constituição psicológica única da mãe para a relação mãe-bebê).

Uma mãe que não pode permitir ser habitada e tomada desde dentro (e, portanto, ser criada) pelo bebê, não pode dar a este forma psicológica. Nessas circunstâncias, há uma "destruição do vínculo entre o bebê e o seio" (Bion, 1959, p. 314), que implica o colapso da intersubjetividade mutuamente criadora, que subjaz à identificação projetiva saudável, e deixa o bebê sem uma forma que lhe permita conter a vivência psicológica e sensorial de si mesmo. O terror dessa experiência é descrito por Bion como "pavor inominável" (1962b, p. 116). É inominável porque carece da forma e da definição proporcionadas pela resposta continente/criativa da mãe às identificações projetivas do bebê, inclusive aquelas proporcionadas por suas funções simbolizadoras conscientes e inconscientes.

Quando a mãe é capaz de *rêverie*, ela nomeia (dá forma) as vivências do bebê por meio da sua interpretação dos estados internos deste. Por exemplo, o bebê, no princípio, não experimenta fome; ele experimenta uma forma de tensão fisiológica que ainda não é um acontecimento psicológico que possa ser contido pela psique do bebê por si mesma. Os atos da mãe, de perceber a tensão do bebê, pegá-lo no colo, olhar para ele, alimentá-lo, conversar e

cantar para ele, representam facetas de uma 'interpretação' da vivência do bebê. Dessa forma, a fome é criada e o bebê é criado como indivíduo (isto é, os dados sensoriais crus do bebê são transformados num evento psicologicamente significativo) pelo reconhecimento que a mãe faz de sua fome.

Considero o processo analítico como aquele em que o analisando é criado por meio de um processo intersubjetivo similar àquele presente na identificação projetiva. Uma análise não é simplesmente um método de descoberta do oculto; é principalmente um processo de criação de um sujeito analítico que não existia antes. Por exemplo, a história do analisando não é descoberta, ela é criada na transferência-contratransferência, num fluxo perpétuo em que a intersubjetividade do processo analítico evolui e é interpretada pelo analista e pelo analisando (ver Schafer 1976, 1978). Dessa forma, o sujeito analítico é 'criado por', e existe em permanente evolução na intersubjetividade dinâmica do processo analítico: o sujeito da psicanálise toma forma no espaço interpretativo *entre* analista e analisando. O término de uma experiência psicanalítica não é o fim do sujeito da psicanálise.

O analisando se apropria da intersubjetividade do par analítico e a transforma num diálogo interno (um processo de mútua interpretação que se dá no contexto de um sistema de uma única personalidade).

À luz da discussão prévia, pode-se ver que o conceito kleiniano de identificação projetiva, elaborado por Bion, H. Rosenfeld e outros, apresenta uma conceituação do sujeito interpessoalmente descentrado de seu lugar exclusivo dentro do indivíduo; pelo contrário, o sujeito é concebido como emergindo de uma dialética (um diálogo) do *self* e do Outro. Paradoxalmente, a subjetividade do indivíduo pressupõe a existência de dois sujeitos que, juntos, criam uma intersubjetividade por meio da qual o bebê é criado como sujeito individual. O bebê como sujeito está presente desde o começo, embora essa subjetividade exista principalmente dentro do contexto da dimensão psicológico-interpessoal (continente/conteúdo) da relação entre mãe e bebê.

Em suma, enfoquei três aspectos do pensamento kleiniano que contribuíram para o desenvolvimento do conceito psicanalítico do sujeito dialeticamente constituído/descentrado. Em primeiro lugar, a idéia de Klein de "posições" representa uma concepção do sujeito constituído na inter-relação dialética de criação e negação de modos fundamentalmente diferentes de produzir experiência. O desenvolvimento não é mais concebido como um processo predominantemente linear, implicando o progresso do sujeito ao longo de linhas de desenvolvimento com regressões patológicas a pontos de fixação (ver, por exemplo, Arlow e Brenner [1964]) e regressões saudáveis (a serviço do ego [Kris, 1950]). Pelo contrário, o pensamento kleiniano supõe um sujeito descentrado no tempo e gerado entre organizações psicológicas coexistentes, que refletem diferentes modos de atribuir significado à experiência. As posições não são estágios de maturação a ser superados, mas organizações psicológicas permanentes (e ainda assim evolutivas), cada uma das quais proporcionando para as outras um contexto que ao mesmo tempo nega e preserva. O sujeito não está situado numa determinada posição, mas no espaço (tensão) criado pela inter-relação dialética das diferentes dimensões da experiência.

Em segundo lugar, a concepção kleiniana da clivagem do ego e do objeto (interno) expande o tema freudiano do sujeito descentrado, ao considerar o sujeito como existindo numa multiplicidade de lugares dispersos e unidos no espaço psíquico. Em terceiro lugar, a idéia da identificação projetiva (particularmente segundo a elaboração de Bion e H. Rosenfeld) fornece os elementos essenciais para uma teoria da criação do sujeito no espaço psicológico entre o bebê e sua mãe (e entre analista e analisando).

O sujeito intersubjetivo de Winnicott

4

A obra de Winnicott representa um importante avanço no desenvolvimento da concepção psicanalítica do sujeito. As dialéticas implícitas de Freud e Klein se tornam os fundamentos dos esforços de Winnicott para conceituar, em termos analíticos, a experiência de estar vivo como sujeito. No centro do pensamento de Winnicott (1951, 1971a) está a noção de que o sujeito que vive, que experiencia, não existe nem na realidade nem na fantasia, mas num espaço potencial entre as duas. O sujeito winnicottiano não coincide, de início (e nunca coincide completamente), com a psique do indivíduo. A concepção de Winnicott da criação do sujeito num espaço entre o bebê e a mãe envolve vários tipos de tensões dialéticas de unidade e separação, de internalidade e externalidade, por meio das quais o sujeito é simultaneamente constituído e descentrado de si mesmo. Enfocarei quatro formas dessas dialéticas que se sobrepõem: (1) a dialética de estar-em-um estar separado, da mãe e bebê na 'preocupação materna primária'; (2) a dialética de reconhecimento/negação do bebê no papel especular da mãe; (3) a dialética de criação/descoberta do objeto na relação com o objeto transicional; e (4) a dialética da destruição criativa da mãe no 'uso do objeto'. Cada uma dessas dialéticas representa uma faceta diferente da interdependência entre subjetividade e intersubjetividade.

A dialética de estar-em-um estar separado na preocupação materna primária

A relação mãe-bebê a que Winnicott (1956) se refere como "preocupação materna primária" envolve uma forma de identificação materna com o bebê tão extrema que é "quase uma doença" (p. 302). A mãe precisa "se colocar no lugar do seu bebê e, dessa forma, responder às necessidades deste" (p. 304). Assim fazendo, corre o risco de perder uma sensação de ancoragem em si mesma como indivíduo separado, assim como o risco de perder uma parte de si, se o bebê vier a morrer. A mãe se engaja no processo psicológico de permitir que sua subjetividade ceda lugar à do bebê (ao vivenciar as necessidades dele como próprias), e, ao mesmo tempo, mantém um senso suficiente de sua própria subjetividade distinta para permitir-se servir de intérprete da experiência do bebê, fazendo com que sua alteridade seja sentida, mas não levada em conta. A intersubjetividade que subjaz à preocupação materna primária implica uma forma precoce da dialética do unicidade (*oneness*) e dualidade (*twoness*): a mãe é uma presença invisível (invisível mas sentida). Por meio dessa forma de relação, gera-se um estado de "continuidade do ser" ("*going on being*") (p. 303), um termo adequado na medida em que transmite a noção de uma forma de subjetividade quase, mas não inteiramente, desprovida da particularidade de um sentido de 'eu-dade'. Dessa maneira, Winnicott capta algo da experiência da simultaneidade paradoxal de estar-em-um e estar separado. (Uma concepção parecida de intersubjetividade foi sugerida por Bion (1962a) em sua noção da dialética continente-conteúdo. Todavia, Winnicott foi o primeiro a colocar o estado psicológico da mãe num pé de igualdade com o do bebê na constituição da mãe-bebê. Isso está bem articulado na afirmação de Winnicott: "Um bebê é algo que não existe (separado dos cuidados maternos)" [Winnicott, 1960a, p. 39, nota de rodapé].)

Um breve exemplo clínico pode servir para ilustrar a dialética winnicottiana em discussão na qual o estar-em-um é uma condição necessária para a dualidade (*twoness*), e vice-versa.

> Um paciente adolescente bastante saudável contou-me, na fase final de sua análise, que tivera um sonho sobre duas ilhas tropicais que estavam muito próximas uma da outra. "Na verdade, era uma ilha só...não, havia duas. Está sendo difícil explicar isso... Se você olhasse para as ilhas de cima da água, havia duas, mas se você as olhasse por baixo da água, era realmente só uma massa brotando do fundo do oceano com dois picos saindo para fora da água, que pareciam, bem, eram, duas ilhas. Não sei. No sonho não era confuso, só parece confuso quando tento te explicar."
>
> Entendi as duas ilhas (que se pareciam muito a seios na descrição do paciente) como uma representação da experiência de sua vivência simultânea de ser uma 'coisa' com sua mãe (e comigo na transferência) e ser distinto dela/de mim. O sonho ocorreu pouco antes de uma interrupção da análise devido a férias de verão, que estava servindo de símbolo do término da análise. Ao discutir o sonho, o paciente conseguiu entender a maneira como representava seu sentimento de que ele e eu "nunca poderíamos estar realmente separados, não importa o que acontecesse", e que esse sentimento possibilitava que "estivéssemos de fato separados sem perdermos o contato entre nós". Em outras palavras, a unicidade é o contexto necessário para dualidade, e a dualidade salvaguarda a experiência da unicidade (ao proporcionar uma negação essencial disso). Essa dialética, que tem sua origem na vivência, pelo bebê, da preocupação materna primária, continua ao longo da vida como uma faceta de todas as formas subseqüentes de subjetividade.

A dialética 'eu-mim' da relação especular

A experiência do bebê em relação à mãe especular (Winnicott, 1967) produz uma segunda forma de tensão dialética necessária para a criação do sujeito no espaço entre mãe e bebê. "O que o bebê vê quando olha para o rosto da mãe? Sugiro que, normalmente, o que o bebê vê é ele mesmo. Em outras palavras, a mãe está olhando para o bebê e *aquilo com o que ela se parece está relacionado com o que ela vê ali*" (Winnicott, 1967, p. 112).

Como no caso da preocupação materna primária, a descrição de Winnicott do papel especular da mãe parece, inicialmente, ser um estudo do mesmo, ou seja, uma descrição do modo como a mãe desaparece como objeto separado e simplesmente serve de extensão narcísica para o bebê. Contudo, num exame mais atento, a concepção de Winnicott da relação especular entre mãe e bebê é bem mais complexa do que isso. Winnicott afirma que o que a mãe parece para o bebê *"está relacionado com"*, não é o mesmo, do que a mãe vê no bebê. O espelhamento, então, não é uma relação de identidade; é uma relação de relativa semelhança. e, portanto, de relativa diferença. No seu papel de espelho, a mãe (por meio do seu reconhecimento e identificação com o estado interno do bebê) permite que o bebê se veja como um Outro (ou seja, se veja a uma certa distância de seu *self* que observa, experiencia).

Por meio da experiência de se ver fora de si mesmo (na mãe/Outro especular), essa faceta da percepção da diferença por parte do bebê não é predominantemente uma percepção da diferença entre mim e não-mim (isto é, a diferença entre *self* e objeto), mas uma vivência da diferença entre eu e mim (isto é, a diferença entre *self*-como-sujeito e *self*-como-objeto). As observações que o bebê faz de si mesmo (como Outro para si mesmo) no reflexo dele na mãe produz os rudimentos da experiência de autoconsciência ('auto-reflexão'), ou seja, a percepção de uma mim-dade (me-ness) observável. Em outras palavras, a mãe, no seu papel de espelho, proporciona terceiridade (Green, 1975) que possibilita a divisão do bebê num sujeito

observador e num sujeito-como-objeto com um espaço de reflexão entre ambos.

A experiência de eu-como-sujeito só pode existir na medida em que 'eu' também exista como, mas seja diferente de, mim (eu-como-objeto). A existência de eu-como-sujeito requer a existência de mim (eu-como-objeto) porque, de outra forma, a existência própria fica sem forma. De modo similar, o *self*-como-objeto (mim) pressupõe o eu-como-sujeito observador que me reconhece.

Assim, 'eu' e 'mim' não têm sentido a não ser se relacionados entre si: cada forma de experiência da subjetividade cria a outra e é totalmente dependente da outra. Mais ainda, 'eu' e 'mim' não podem ser criados pelo bebê isolado da mãe. O bebê requer a relação especular com a mãe a fim de se ver como outro dele mesmo. Dessa maneira, cria-se um espaço reflexivo entre os pólos da dialética de 'eu' e 'mim', no qual o sujeito auto-reflexivo que experiencia é simultaneamente constituído e descentrado de si mesmo.

A relação com o objeto transicional: A dialética da criação descoberta do objeto

Talvez a mais importante das contribuições de Winnicott para a conceituação psicanalítica do sujeito seja o conceito de relação de objeto transicional (1951, 1971a). Winnicott descreve aqui uma forma de relação de objeto na qual o objeto é vivenciado como sendo simultaneamente criado e descoberto pelo bebê: a questão de criação ou descoberta simplesmente nunca chega a ser formulada. O objeto transicional é uma extensão do mundo interno do bebê e, ao mesmo tempo, tem uma existência palpável, inequívoca e imutável fora, independente da criança. É simultaneamente um objeto subjetivo (uma criação onipotente do bebê) e "a primeira posse ´não-eu´" do bebê (Winnicott, 1951, p. 1: "A característica essencial (...) é *o paradoxo e a aceitação do paradoxo*: o bebê cria o objeto, mas o objeto ali estava, à espera

de ser criado" (Winnicott, 1968, p. 89). "[O paradoxo não deve] ser resolvido por uma reformulação que, por sua inteligência, pareça eliminar o paradoxo" (Winnicott, 1963, p. 181).

Os fenômenos transicionais são criados no espaço entre a mãe e o bebê, um espaço "que existe (mas não pode existir) entre o bebê e o objeto" (Winnicott, 1971b, p. 107), um espaço que conecta e separa. A modalidade de relação mãe-bebê na qual se produz esse tipo de experiência evolui a partir dos tipos de intersubjetividade presentes na preocupação materna primária e na relação especular entre mãe e bebê. Essas duas últimas formas de dialética de unicidade e separação são de natureza mais primitiva que a relação transicional, na medida em que a externalidade da mãe não está tão desenvolvida nelas. O objeto transicional *é sempre uma parte do real* (em oposição ao puramente psíquico). Seria uma contradição nos termos falar da 'internalização' de um objeto transicional: um objeto internalizado é uma idéia, uma representação mental, que perdeu sua conexão física com o mundo externo à mente da criança; uma idéia carece de qualidades sensoriais reais, como, por exemplo, a dureza, o calor, a textura, etc. A relação com o objeto transicional representa a primeira confrontação total do bebê com a alteridade irredutível da realidade do mundo fora dele mesmo; mas, paradoxalmente, essa confrontação 'total' com o real torna-se possível devido ao fato de que o objeto transicional nunca deixa de ser a criação do bebê, um reflexo dele mesmo no mundo. "Pelas regras do jogo, todos sabemos que nunca desafiaremos o bebê a dar a resposta à pergunta: você criou isso ou o encontrou?" (Winnicott, 1968, p. 89).

Por meio da tensão dialética entre internalidade e externalidade presente na relação de objeto transicional, produz-se uma terceira área de experiência que se encontra entre eu e não-eu, entre realidade e fantasia, embora participando plenamente de ambos os pólos dessas dialéticas. É no espaço criado entre esses pólos que os símbolos são criados e a atividade psicológica imaginativa se dá.

Na ausência do papel desempenhado pela mãe, seria impossível para a criança gerar as condições necessárias para surgir

como sujeito, no sentido implícito no conceito da criação do fenômeno transicional. O bebê requer a vivência de uma forma particular de intersubjetividade na qual *o ser* da mãe é vivido simultaneamente como uma extensão do bebê e como outro com respeito a ele. Somente mais tarde, o bebê poderá apropriar-se dessa intersubjetividade, ao desenvolver a capacidade para estar só (Winnicott, 1958a), ou seja, a capacidade de ser um sujeito independente da participação efetiva da subjetividade da mãe.

A dialética da destruição criativa do objeto

A forma final da dialética de internalidade e externalidade que discutirei na obra de Winnicott é a destruição criativa da mãe no processo de desenvolvimento da capacidade de do bebê "usar" (Winnicott, 1968) a mãe como um objeto externo e sentir preocupação por ela como sujeito (Winnicott, 1954, 1958b). A experiência de compaixão (*ruth*) e a capacidade de uso do objeto são realizações inter-relacionadas, no sentido de que ambas envolvem formas de reconhecimento da alteridade do objeto que estão ligadas – mas são diferentes – àquelas implicadas na relação de objeto transicional. Nessa última, a plena externalidade da mãe-como-objeto é confrontada, ao passo que, na experiência de compaixão (Winnicott, 1954, 1958b) (e na de 'uso' do objeto), é a mãe-como-sujeito que é plenamente confrontada pela primeira vez. Quando o objeto se torna sujeito, o reconhecimento de si mesmo pelo Outro cria as condições para uma nova maneira de se dar conta da própria subjetividade; e a própria subjetividade se altera em conseqüência disso. Em outras palavras, a experiência de reconhecimento da própria 'eu-dade' por um Outro (reconhecido como um 'eu' que experiencia) cria uma dialética intersubjetiva por meio da qual o sujeito se dá conta da própria subjetividade, de uma nova maneira, ou seja, o sujeito se torna "autoconsciente" (Hegel, 1807) de uma maneira que nunca experimentara antes.

A compreensão de Winnicott (1958b, 1968) acerca do desenvolvimento desse aspecto da subjetividade baseia-se na sua concepção dos processos psicológicos interpessoais por meio dos quais o bebê sai dos confins do solipsismo de seu pensamento e relação de objeto onipotentes. Há uma qualidade da relação inicial do bebê com a mãe, que Winnicott descreve como "cruel" (1958b, p. 22), ou seja, sem compaixão. A mãe que é tratada cruelmente é um "objeto subjetivo", uma externalização de um objeto interno mãe onipotente que é inexaurível e indestrutível ("um feixe de projeções" [Winnicott, 1968, p. 88]). Por causa da fantasia de inexauribilidade e indestrutibilidade da mãe, não há necessidade de compaixão; de fato, o sentimento de preocupação não existe no vocabulário emocional do bebê, que vive num mundo de relações objetais onipotentes. (Pode-se dar um grande valor a objetos, mas só se pode sentir preocupação por sujeitos).

Paradoxalmente, o processo de reconhecimento da mãe como uma pessoa por quem a criança sente preocupação (e que o bebê pode "usar" devido ao reconhecimento da sua ancoragem no mundo fora dele mesmo) implica uma destruição da mãe pelo bebê em que a mãe sobrevive (Winnicott 1954, 1968). Minha compreensão dessa noção paradoxal – que espero não ser uma resolução do paradoxo da destruição criativa da mãe – é que o bebê abre espaço para a possibilidade da mãe como sujeito, uma *pessoa* diferente-de-mim, destruindo um aspecto dele mesmo (sua própria onipotência projetada no objeto interno mãe onipotente).

Enquanto o bebê se agarra à sua onipotência defensiva sob a forma de sua relação com o objeto interno mãe-onipotente, a mãe, tanto como sujeito quanto como objeto externo, é eclipsada pelas projeções do bebê de seu *self* e de seus objetos internos onipotentes. A destruição na fantasia do objeto (interno) mãe é um reflexo da renúncia do bebê às defesas onipotentes, sob a forma de dependência do objeto-interno mãe-onipotente. O afrouxamento do vínculo com a mãe onipotente é uma tarefa psicológica permanente: "Eu estou o tempo todo te destruindo (a mãe) na *fantasia* (inconsciente)'" (Winnicott 1968, p. 90). Ao destruir

continuamente (na fantasia) o objeto-interno-mãe, o bebê torna-se capaz de descobrir o objeto-externo-mãe (tanto como objeto quanto como sujeito), se a mãe for capaz de sobreviver à destruição dela que o bebê opera na fantasia (e o tratamento cruel que dispensa a ela), permanecendo emocionalmente presente o tempo todo.

O próprio fato da destruição fantasiada do objeto-interno mãe-onipotente reflete a prontidão do bebê para superar o solipsismo de sua própria onipotência e para correr o risco presente na, até agora, desconhecida experiência de relação com objetos que ele não criou e que não lhe pertencem, objetos que têm uma vida interna própria. O bebê já vivenciou algo da alteridade do objeto nos seus relacionamentos com os objetos transicionais, mas ainda não reconheceu plenamente a 'eu-dade' do objeto. Igualmente importante é o fato de seu próprio senso de eu-dade ainda não ter sido reconhecido por um Outro que também seja um sujeito.

Para Winnicott, essa mudança psicológico-interpessoal é mediada por formas de relação mãe-bebê, nas quais o bebê está vivenciando toda a intensidade de fantasias onipotentes de destruição da mãe, enquanto esta (como sujeito vivo) não só sobrevive, mas está lá para segurar o bebê quando ele assume o risco de cair dos braços do objeto interno mãe-onipotente para os braços de uma apenas obscuramente percebida mãe-no-mundo (Ogden, 1985). Além disso, a mãe-no-mundo é um sujeito que reconhece a preocupação do bebê em relação a ela, assim como os primórdios de sua capacidade de sentir culpa pelo cruel tratamento que dispensa a ela. A subjetividade da mãe e seu reconhecimento da subjetividade do bebê se refletem no seu reconhecimento e aceitação da oferta reparadora do bebê (por exemplo, um movimento intestinal) depois de uma refeição conturbada (Winnicott, 1954).

Nesse processo criativamente destrutivo, o eu-como-sujeito e a mãe-como-sujeito ganham vida simultaneamente um em relação ao outro. (Buber (1970) usa o termo E*u-Tu* para se referir ao relacionamento entre nós mesmos na condição de sujeitos e o Outro vivenciado como estando vivo, sujeito separado e que nos

reconhece como sujeito.) Um novo tipo de experiência intersubjetiva (uma forma de subjetividade autoconsciente) é produzida pela dialética eu-tu, uma dialética de sujeitos criando-se um ao outro por intermédio do seu reconhecimento mútuo como sujeitos. Essa concepção do espaço entre o eu-como-sujeito e o Outro-como-sujeito representa mais uma maneira de descrever a noção winnicottiana do lugar da subjetividade, uma subjetividade que está sempre descentrada de si mesma e, em certa medida, surgindo no contexto da intersubjetividade. Nesse último caso, a ênfase recai sobre a necessidade do bebê (assim como do adulto) de que sua onipotência seja continuamente negada, superada ('destruída' em relações de objeto inconscientemente fantasiadas), no processo de criação de uma dialética mais plenamente produtiva de *self* e Outro. Nesse processo, a subjetividade se dá conta de si mesma. Eu, como sujeito autoconsciente, sou criado por meio do processo de reconhecer e ser reconhecido pelo Outro-como-sujeito.

Em suma, as formas de relação mãe-bebê que foram descritas refletem todas um tema central que subjaz à concepção winnicottiana da criação do sujeito: a subjetividade do bebê toma forma no espaço potencial entre mãe e bebê. Esse espaço é definido por séries de paradoxos que precisam ser mantidos e não resolvidos, paradoxos de internalidade e externalidade simultâneas, paradoxos que produzem uma terceira área de experiência, "o lugar em que vivemos" (Winnicott, 1971b). O uso por Winnicott da noção de paradoxo, para descrever o espaço no qual a subjetividade é criada, representa uma discreta revolução no pensamento analítico no sentido de que, pela primeira vez, uma concepção dialética da constituição intersubjetiva do sujeito humano descentrado é plenamente articulada.

A título de conclusão

A concepção analítica do sujeito representa a pedra angular do projeto psicanalítico e é, ao mesmo tempo, um dos conceitos

psicanalíticos menos bem articulados. No capítulo 2, discuti o modo pelo qual o conceito de sujeito psicanalítico implica uma concepção de 'eu-dade' que experiencia, no qual consciência e inconsciente coexistem num processo contínuo de negação criativa um do outro. Consciência e inconsciente mantêm uma relação de diferença relativa. O inconsciente representa uma ordem de experiência que está em continuidade com a consciência no sentido de que participa do mesmo sistema de significados, mas difere da consciência na maneira como os significados são representados, transformados, inter-relacionados, etc.

Central entre as contribuições da psicanálise para uma teoria da subjetividade é a formulação de um conceito de sujeito no qual nem a consciência nem o inconsciente têm uma posição privilegiada um em relação ao outro. Surgindo de um processo contínuo de negação dialética, o sujeito está para sempre descentrado de uma auto-equivalência estática. Ou seja, o sujeito psicanalítico nunca simplesmente *é*; o sujeito está sempre *se tornando* por via de um processo de negação criativa de si mesmo.

A concepção analítica do sujeito foi tornando-se cada vez mais uma teoria da interdependência entre subjetividade e intersubjetividade. O sujeito não pode criar a si mesmo; o desenvolvimento da subjetividade requer experiências de formas específicas de intersubjetividade. No começo, a subjetividade e a psique individual não coincidem: 'um bebê é algo que não existe'. A constituição do sujeito no espaço entre mãe e bebê é mediada por eventos psicológico-interpessoais, tais como a identificação projetiva, a preocupação materna primária, a relação especular, o relacionamento com objetos transicionais e as experiências de uso do objeto e de compaixão. A apropriação do espaço intersubjetivo pelo bebê representa um passo crítico no estabelecimento da capacidade do indivíduo de gerar e manter as dialéticas psicológicas (por exemplo, consciência e inconsciente, eu e não-eu, eu e mim, eu e tu), por meio das quais ele é simultaneamente constituído e descentrado como sujeito.

O terceiro-analítico: trabalhando com fatos clínicos intersubjetivos[1]

5

And he is not likely to know what is to be done unless he lives in what is not merely the present, but the present moment of the past, unless he is conscious, not of what is dead, but of what is already living.(N.T.).

T. S. Eliot, *Tradition and Individual Talent*, 1919.*

Em razão da comemoração do septuagésimo-quinto aniversário da fundação de *The International Journal of Psycho-Analysis,* procurarei tratar de um aspecto do que entendo por "momento presente do passado" da psicanálise. Acredito que uma importante faceta desse momento presente para a psicanálise é o desenvolvimento de uma conceituação analítica da natureza da

---

1 Este capítulo foi escrito a convite dos editores de *The International Journal of Psycho-Analysis* para ser incluído no número do *Journal* comemorativo do septuagésimo-quinto aniversário da fundação do *International Journal* por Sigmund Freud e Ernest Jones, em 1920.

* *E ele não poderá vir a saber o que fazer a não ser que viva no que não é meramente o presente,mas o momento presente do passado, a não ser que esteja consciente, não do que está morto, mas do que já está vivo.*

inter-relação entre subjetividade e intersubjetividade no *setting* analítico, e a exploração das implicações técnicas decorrentes destes desenvolvimentos conceituais.

Neste capítulo apresentarei material clínico de duas análises, num esforço para ilustrar algumas das maneiras pelas quais uma compreensão da inter-relação entre subjetividade e intersubjetividade influencia a prática da psicanálise e a maneira pela qual a teoria clínica é produzida. Considero o movimento dialético de subjetividade e intersubjetividade um fato clínico central da psicanálise, que todo pensamento clínico analítico tenta descrever em termos cada vez mais precisos e produtivos.

A concepção do sujeito analítico, conforme a elaboração de Klein e Winnicott, conduziu a uma ênfase cada vez maior na interdependência entre sujeito e objeto na psicanálise. Acredito ser justo dizer que o pensamento psicanalítico contemporâneo está aproximando-se de um ponto em que não se pode mais falar simplesmente do analista e do analisando como sujeitos separados que tomam um ao outro como objetos. A idéia do analista como uma tela branca, neutra para as projeções do paciente, vem ocupando uma posição de importância cada vez menor nas concepções correntes a respeito do processo analítico.

> Durante a última metade do século, os psicanalistas mudaram as concepções que tinham de seu próprio método. Ao invés de estar às voltas com as dinâmicas intrapsíquicas do paciente, está agora amplamente estabelecido que a interpretação deveria incidir sobre *a interação* entre paciente e analista *num nível intrapsíquico* (O'Shaughnessy 1983, p. 281).[1]

1 Escapa ao âmbito desta discussão oferecer uma revisão abrangente da literatura relativa ao desenvolvimento de uma compreensão intersubjetiva do processo analítico e da natureza da inter-relação entre transferência e contratransferência. Uma lista parcial das principais contribuições a esses aspectos do diálogo analítico inclui Atwood e Stolorow (1984), Balint (1968), Bion (1952, 1959, 1962a), Blechner (1992), Bollas (1987), Boyer (1961, 1983, 1992), Coltart (1986), Ferenczi (1921), Gabbard (1991), Giovacchini (1979), Green (1975), Grinberg (1962), Grotstein (1981), Heimann (1950), Hoffman (1992), Jacobs (1991), Joseph (1982), Kernberg (1976), Khan (1964),

Minha própria concepção da intersubjetividade analítica coloca uma ênfase central na sua natureza dialética (Ogden, 1979, 1982a, 1985, 1986, 1988, 1989a). Essa compreensão representa uma elaboração e extensão da noção de Winnicott (1960a), de acordo com a qual "um bebê é algo que não existe (separado dos cuidados maternos)" (p. 39, nota de rodapé). Acredito que num contexto analítico um analisando é algo que não existe separado da relação com o analista, e um analista é algo que não existe separado da relação com o analisando. A afirmação de Winnicott acima citada é, acredito eu, intencionalmente incompleta. Ele supõe estar subentendido que a idéia de que um bebê é algo que não existe é alegremente hiperbólica, e representa um elemento de uma afirmação mais amplamente paradoxal. Desde outra perspectiva (do ponto de vista do outro 'pólo' do paradoxo), um bebê e uma mãe são coisas que obviamente existem e constituem entidades física e psicologicamente separadas. A unidade mãe-bebê coexiste em tensão dinâmica com a mãe e o bebê em sua qualidade de seres separados.

De modo similar, a intersubjetividade do analista-analisando coexiste em tensão dinâmica com o analista e o analisando como indivíduos separados, com seus próprios pensamentos, sentimentos, sensações, realidade corporal, identidade psicológica, etc. Nem a intersubjetividade da mãe-bebê nem a do analista-analisando (como entidades psicológicas separadas) existem em forma pura. A intersubjetividade e a subjetividade individual criam, negam e preservam uma a outra. (Ver capítulos 3 e 4 para uma discussão da dialética de unicidade e dualidade no desenvolvimento precoce e na relação analítica.) Tanto na relação entre a mãe e o bebê quanto

---

Klein (1946, 1955), Kohut (1977), Little (1951), McDougall (1978), McLaughlin (1991), Meltzer (1966), Milner (1969), Mitchell (1988), Money-Kyrle (1956), O'Shaughnessy (1983), Racker (1952, 1968), D. Rosenfeld (1992), H. Rosenfeld (1952, 1965, 1971), Sandler (1976), Scharff (1992), Searles (1979), Segal (1981), Tansey e Burke (1989), Viderman (1979), e Winnicott (1947, 1951). Para revisões recentes de aspectos desse grande conjunto de literatura sobre transferência-contratransferência, ver Boyer (1993) e Etchegoyen (1991).

na relação entre o analista e o analisando, a tarefa não é desembaraçar os elementos constitutivos da relação, num esforço para determinar que qualidades pertencem a cada indivíduo que participa dela; pelo contrário, do ponto de vista da interdependência entre sujeito e objeto, a tarefa analítica envolve uma tentativa de descrever o mais completamente possível a natureza específica da experiência de inter-relação da subjetividade individual e da intersubjetividade.

Neste capítulo, tentarei traçar de forma bastante detalhada as vicissitudes da experiência de estar simultaneamente dentro e fora da intersubjetividade do analista-analisando, à qual me referirei como 'o terceiro analítico'. Essa terceira subjetividade, o terceiro-analítico intersubjetivo (o "objeto analítico" de Green [1975]), é produto de uma dialética única produzida por entre as subjetividades separadas do analista e do analisando dentro do *setting* analítico.[1]

Apresentarei fragmentos de duas análises que iluminam diferentes aspectos da inter-relação dinâmica de subjetividades que constituem o terceiro analítico. O primeiro desses fragmentos enfoca a importância dos aspectos mais mundanos e cotidianos do funcionamento mental subjacente (que aparentemente não têm nenhuma relação com o paciente), para o reconhecimento e a comunicação da transferência-contratransferência.

A segunda vinheta clínica oferece uma oportunidade de considerar uma situação na qual o terceiro analítico foi vivenciado pelo analista e pelo analisando principalmente por meio da ilusão somática e outras formas de sensações corporais e fantasias

---

1 Embora por conveniência eu venha a me referir, às vezes, ao 'terceiro-analítico intersubjetivo' como 'o terceiro-analítico' ou simplesmente 'o terceiro', esse conceito não deve ser confundido com o terceiro edípico/simbólico (o "Nome do Pai" lacaniano [1953]). Esse último conceito se refere a um 'termo médio' que se situa entre símbolo e simbolizado. entre a pessoa e sua experiência sensorial imediata, criando assim um espaço no qual é gerado o sujeito auto-reflexivo que interpreta, simboliza. Em termos de desenvolvimento precoce, é o pai (ou o "pai-na-mãe" [Ogden 1987] que se interpõe entre a mãe e o bebê (ou, mais precisamente, a mãe-bebê), criando assim o espaço psicológico no qual a elaboração da posição depressiva e da triangulação edípica ocorre.

relacionadas ao corpo. Discutirei a tarefa do analista de usar símbolos verbais para falar com uma voz que ganhou vida dentro do terceiro analítico intersubjetivo, a qual foi transformada pela experiência e é capaz de falar *sobre isso* na sua própria voz de analista para o analisando (que também foi uma parte da experiência do terceiro).

Ilustração clínica I: a carta roubada

Numa sessão recente com o Sr. L., um analisando com quem vinha trabalhando há mais ou menos uns três anos, percebi a mim mesmo olhando para um envelope sobre a mesa próxima à minha poltrona no meu consultório. Na última semana, ou dez dias, eu vinha usando o envelope para anotar números de telefone deixados na minha secretária eletrônica, idéias para aulas que eu estava dando, compromissos que eu tinha de cumprir, e outras anotações pessoais. Embora o envelope estivesse à vista durante uma semana, eu não notara até aquele momento, na sessão, que havia uma série de linhas verticais na parte inferior direita da frente do envelope, marcas que pareciam indicar que a carta era parte de uma mala direta. Fui tomado de um evidente sentimento de decepção. A carta que chegara no envelope era de um colega na Itália que me escrevera sobre um assunto que ele considerava delicado e deveria permanecer confidencial entre nós.

Olhei então para os selos e pela primeira vez percebi mais dois detalhes. Os selos não tinham sido carimbados e um dos três selos tinha palavras escritas que, para a minha surpresa, eu conseguia ler. Eu vi as palavras 'Wolfgang Amadeus Mozart' e me dei conta, depois de um certo tempo, de que as palavras

eram um nome com o qual eu estava familiarizado e eram as mesmas em italiano e em inglês.

Quando voltei desse devaneio, perguntei-me como isso podia estar relacionado com o que estava acontecendo naquele momento entre mim e o paciente. O esforço para fazer essa mudança de estado psicológico se parecia com a penosa batalha para tentar 'combater o recalque' que eu já havia experimentado ao procurar me lembrar de um sonho que se desvanece quando acordo. Em anos anteriores, eu deixava de lado tais lapsos de atenção e me esforçava para me dedicar a dar sentido ao que o paciente estava dizendo, já que ao voltar desses devaneios eu estou inevitavelmente um pouco atrasado em relação ao paciente.

Percebi que estava desconfiado em relação ao caráter genuíno da intimidade que a carta parecia transmitir. Minha fantasia fugaz de que a carta era parte de uma mala direta refletia uma sensação de ter sido enganado. Sentia-me ingênuo, pronto a acreditar que a mim estava sendo confiado um segredo especial. Fiz algumas associações fragmentadas que incluíam a imagem de um saco postal cheio de cartas com selos que não haviam sido carimbados, uma bolsa cheia de ovos de aranha, *Charlotte's web* (A teia de Charlotte), a mensagem de Charlotte na teia de aranha; Templeton, o rato, e o inocente Wilbur. Nenhum desses pensamentos parecia sequer arranhar a superfície do que estava ocorrendo entre o Sr. L. e eu: eu me sentia passando pelos movimentos da análise da contratransferência, de um modo que parecia forçado.

Escutando o Sr. L., de 45 anos, diretor de uma grande entidade sem fins lucrativos, percebi que ele estava falando de um modo que lhe era muito característico – ele parecia cansado e desanimado,

mas ainda assim arrastava-se obedientemente na sua produção de 'associações livres'. Durante toda sua análise ele vinha lutando vigorosamente para escapar dos confins de seu isolamento emocional extremo, de si mesmo e das outras pessoas. Pensei na descrição que ele fizera de ir para a casa em que morava e não ser capaz de sentir que era *sua* casa. Ao entrar em casa, era cumprimentado "pela mulher e pelas quatro crianças que moravam lá", mas não conseguia sentir que eram *sua* mulher e *seus* filhos. "É uma sensação de eu não estar presente, mas eu estou lá. Nesse segundo de reconhecimento de que eu não faço parte, tenho uma sensação de estar separado, que é muito próxima de se sentir sozinho".

Experimentei na minha própria mente a idéia de que talvez eu me sentisse enganado por ele e tomado pela aparente sinceridade de seu esforço para falar. Mas essa idéia me soava vazia. Lembrava-me da frustração na voz do Sr. L. quando ele me explicava inúmeras vezes que sabia que devia estar sentindo alguma coisa, mas não tinha nenhuma pista do que poderia ser.

Os sonhos do paciente eram regularmente preenchidos por imagens de pessoas paralisadas, prisioneiras e mudas. Num sonho recente tinha conseguido, depois de despender muita energia, quebrar uma pedra para descobrir apenas hieróglifos entalhados na superfície interna da pedra (como um fóssil). Sua alegria inicial se dissipou ao reconhecer que não conseguia entender nenhum elemento do significado dos hieróglifos. No sonho, sua descoberta foi momentaneamente excitante mas, por fim, dolorosamente torturante e vazia, deixando-o num profundo desespero. Mesmo a sensação de desespero foi quase imediatamente obliterada, ao despertar e

se tornou um conjunto de imagens oníricas sem vida, que ele me 'relatou' (em oposição a contar-me). O sonho tornara-se uma memória estéril que perdera sua vitalidade como conjunto de sentimentos.

Considerei a idéia de que minha própria experiência durante a sessão poderia ser pensada como uma forma de identificação projetiva, na qual eu participava da experiência do paciente, de seu desespero por ser incapaz de discernir e vivenciar uma vida interior, que parecia jazer por trás de uma impenetrável barreira. Essa formulação fez sentido intelectualmente, mas parecia um clichê vazio de emoção. Passei então para uma série de pensamentos narcísicos, competitivos, relativos a assuntos profissionais que começaram a ganhar uma qualidade ruminativa. Essas ruminações foram desagradavelmente interrompidas pela constatação de que meu carro, que estava na oficina, teria de ser retirado antes das 18:00 horas, quando a oficina fechava. Tinha de tomar cuidado para terminar a última sessão do dia precisamente às 17:50 h, se eu quisesse ter alguma chance de chegar na garagem antes de seu fechamento. Tinha em mente uma imagem vívida de mim mesmo parado diante das portas da garagem fechada, com o barulho do tráfego atrás de mim. Senti um desamparo e uma raiva muito intensos (assim como alguma auto-piedade) pela maneira como o dono da garagem fechara suas portas precisamente às 18:00 horas, apesar do fato de eu ser um cliente regular há anos e de ele saber perfeitamente que eu precisaria do carro. Na experiência dessa fantasia havia um sentimento profundo, intenso, de desolação e isolamento, assim como uma sensação física palpável, da dureza do pavimento, do cheiro desagradável da fumaça dos escapamentos, e da aspereza do vidro sujo das janelas da porta da garagem.

Embora não estivesse plenamente consciente disso no momento, posso ver, retrospectivamente, que eu estava bastante abalado por essa série de sentimentos e imagens que haviam começado com minhas ruminações narcisistas/competitivas, e terminavam com as fantasias de encerrar de modo impessoal a sessão do meu último paciente do dia e depois ter a porta fechada na cara pela dono da oficina.

Quando voltei a escutar de modo mais concentrado o Sr. L., esforcei-me para juntar as coisas que ele vinha discutindo: a imersão da esposa no trabalho e a exaustão que ambos sentiam no fim do dia; a crise financeira do cunhado e sua iminente falência; uma experiência durante a prática de *jogging*, em que o paciente quase teve um acidente com uma motocicleta que estava sendo dirigida imprudentemente. Eu poderia ter tomado qualquer uma dessas imagens como símbolo de temas que tínhamos discutido previamente, inclusive o próprio isolamento que parecia permear tudo o que o paciente dizia, assim como a desconexão que eu sentia tanto em mim mesmo quanto no Sr. L. Todavia, decidi não intervir porque sentia que se tentasse fazer uma interpretação naquele momento, estaria apenas me repetindo e dizendo algo apenas para me assegurar de que tinha algo a dizer.

O telefone de meu consultório havia tocado antes, durante a sessão, e a secretária eletrônica tinha soado duas vezes para gravar uma mensagem antes de voltar ao seu silêncio vigilante. Na hora do telefonema, não pensara conscientemente sobre quem podia estar ligando, mas nesse momento da sessão conferi o relógio para ver quanto tempo ainda demoraria para eu pegar a mensagem. Senti-me aliviado de pensar

no som de uma voz fresca na fita da secretária eletrônica. Não que eu imaginasse encontrar alguma boa notícia; eu ansiava por uma voz clara e aguda. Havia um componente sensorial na fantasia – podia sentir uma brisa refrescando meu rosto e entrando nos meus pulmões, aliviando a imobilidade sufocante de uma sala quente e pouco ventilada. Lembrei-me dos selos novos do envelope – claros, de cores vibrantes, não obscurecidos pelas desagradáveis marcas mecânicas e indeléveis do carimbo da máquina.

Olhei novamente para o envelope e percebi algo de que estivera consciente apenas subliminarmente o tempo todo: meu nome e endereço tinham sido datilografados numa máquina manual – não um computador, não uma etiqueta postal, nem mesmo uma máquina elétrica. Fiquei quase feliz pela qualidade pessoal com que meu nome estava sendo 'falado'. Podia quase escutar as irregularidades idiossincráticas de cada letra datilografada, a inexatidão da linha, o modo como em cada 't' faltava a parte superior acima do traço. Isso se assemelhava para mim à entonação e inflexão de uma voz humana falando *comigo*, conhecendo meu nome.

Esses pensamentos e sentimentos, assim como as sensações associadas a essas fantasias, trouxeram-me à mente (e ao corpo) algo que o paciente me dissera meses atrás, mas não mencionara mais. Contara-me que se sentia mais próximo de mim, não quando eu dizia coisas que pareciam corretas, mas quando eu cometia erros, quando as coisas não davam certo. Eu precisara de todos estes meses para compreender de maneira mais plena o que ele quisera dizer quando me disse isso. Nesse ponto da sessão, comecei a ser capaz de descrever para mim mesmo

as sensações de desespero que eu estivera sentindo dentro de mim e a busca frenética do paciente por algo humano e pessoal no nosso trabalho conjunto. Também comecei a sentir que entendia algo do pânico, do desespero e da raiva associados com a experiência de colidir reiteradamente com algo que parece ser humano mas que proporciona a sensação de ser mecânico e impessoal.

Lembrei-me da descrição que o Sr. L. fizera de sua mãe como "cerebralmente morta". O paciente não conseguia lembrar-se de uma única ocasião em que ela dera algum sinal de sentir raiva ou qualquer outro sentimento intenso. Submergia nas tarefas caseiras e numa "cozinha completamente sem inspiração". Dificuldades emocionais eram sempre enfrentadas com banalizações. Por exemplo, quando o paciente tinha seis anos e toda noite ficava aterrorizado com a presença de criaturas debaixo da sua cama, sua mãe lhe dizia: "Aí não tem nada do que ter medo". Essa afirmação se tornou um símbolo na análise da discordância entre a precisão da afirmação por um lado (de fato, não havia criaturas debaixo da cama), e a indisponibilidade/incapacidade de sua mãe para reconhecer a vida interna do paciente (havia algo que o assustava e que ela se recusava a perceber, se identificar ou até a ter curiosidade em saber).

A cadeia de pensamentos do Sr. L., que incluía a idéia de se sentir exausto, a iminente falência do cunhado e o acidente potencialmente sério ou até fatal, parecia-me agora um reflexo das tentativas inconscientes de me falar sobre seu sentimento incipiente de que a análise estava esvaziada, falida e morrendo. Ele estava vivenciando os rudimentos de uma sensação de que não estávamos falando um com o outro de maneira viva: pelo contrário, eu lhe parecia

incapaz de ser com ele outra coisa, além de mecânico, assim como ele era incapaz de ser humano comigo.

Eu disse ao paciente que pensava que nossa hora juntos devia parecer a ele um exercício obrigatório e chato, algo como um emprego numa fábrica onde se põe e se tira o cartão de ponto. Disse, em seguida, ter a sensação de que ele às vezes se sentia tão inevitavelmente asfixiado nas sessões comigo, que devia ser como estar sufocando por algo que parece ser ar, mas na verdade é vácuo.

A voz do Sr. L. se tornou mais alta e cheia, de um modo que eu nunca escutara antes quando disse: "Sim, eu durmo com as janelas completamente abertas por medo de sufocar-se durante a noite. Muitas vezes acordo aterrorizado com a idéia de que alguém me está sufocando, como se tivessem posto um saco plástico na minha cabeça." O paciente continuou dizendo que quando entra no meu consultório, regularmente sente que a sala está quente demais e que o ar está perturbadoramente quieto. Disse-me que nunca lhe ocorrera pedir-me que desligasse o aquecedor ao pé do divã ou que abrisse a janela, em grande parte porque até então não percebera plenamente que tinha esses sentimentos. Ele disse quão desalentador era perceber como se permitia perceber pouco do que se passava dentro dele, ao ponto de não saber quando um aposento está quente demais para ele.

O Sr. L. ficou em silêncio nos últimos 15 minutos da sessão. Um silêncio dessa extensão nunca ocorrera antes na análise. Durante esse silêncio, não me senti pressionado a falar. Havia, de fato, uma forte sensação de repouso e alívio em relação ao que eu agora considerava "trabalho mental angustiado", que, com tanta freqüência, enchera as sessões. Dei-me

conta do tremendo esforço que o Sr. L. e eu regularmente despendíamos para impedir que a análise caísse no desespero: imaginei nós dois no passado tentando freneticamente manter uma bola no ar, lançando-a um para o outro. Perto do fim da sessão, fiquei sonolento e tive de combater o sono.

O paciente começou a sessão seguinte dizendo que tivera um sonho de manhã cedo. No sonho, ele estava debaixo da água e podia ver outras pessoas que estavam completamente nuas. Percebeu que também estava nu, mas não se inibiu com isso. Estava segurando a respiração e entrou em pânico ao sentir que poderia afogar-se quando não conseguisse mais prender a respiração. Um dos homens, que obviamente respirava debaixo da água sem dificuldade, disse-lhe que não haveria problema se ele respirasse. Muito cautelosamente ele respirou e descobriu que podia fazê-lo. A cena mudou embora ele continuasse debaixo da água. Estava chorando com profundos soluços e sentia uma grande tristeza. Um amigo, cujo rosto ele não conseguia decifrar, falou com ele. O Sr. L. disse que se sentiu agradecido pelo fato de o amigo não tentar tranquilizá-lo ou animá-lo.

O paciente disse que quando acordou do sonho sentiu-se à beira das lágrimas. Contou ter saído da cama pois queria sentir o que estava sentindo embora não soubesse por que estava triste. O Sr. L. se deu conta de que começava a tentar mudar o sentimento de tristeza por sentimentos de angústia em relação aos negócios ou preocupação sobre quanto dinheiro tinha no banco e outros assuntos com os quais se "distrai".

Discussão

O relato acima foi apresentado não como um exemplo de um divisor de águas numa análise, mas como um esforço para transmitir uma sensação de movimento dialético de subjetividade e intersubjetividade no *setting* analítico. Tentei descrever um pouco da maneira como minha experiência como analista (inclusive os funcionamentos subjacentes da minha mente, quase imperceptíveis e muitas vezes extremamente mundanos) é contextualizada pela experiência intersubjetiva criada pelo analista e pelo analisando. Nenhum pensamento, sentimento ou sensação pode ser considerado igual ao que era ou seria fora do contexto da intersubjetividade específica (e em contínua mudança) criada pelo analista e pelo analisando.[1]

Tenho plena consciência de que a forma como apresentei o material clínico foi um pouco estranha e de que quase não dei nenhuma das informações habituais sobre o Sr. L., exceto no adiantado da exposição. Isso foi feito a fim de transmitir uma sensação do quanto o Sr. L. ficava, às vezes, ausente de meus pensamentos e sentimentos conscientes. Minha atenção não estava absolutamente focalizada no Sr. L. durante meus períodos de

---

1 O que eu afirmei sobre os pensamentos e sentimentos do analista serem, a cada instante, contextualizados e, portanto, alterados pela experiência com o paciente, poderia levar à conclusão de que tudo o que o analista pensa e sente deveria ser considerado contratransferência. Contudo, acredito que o uso do termo *contratransferência* para fazer referência a tudo o que o analista pensa, sente e vivencia sensorialmente, obscurece a simultaneidade da dialética de unicidade e dualidade, da subjetividade individual e intersubjetividade, ou seja, os fundamentos da relação psicanalítica. Dizer que tudo o que o analista vivencia é contratransferência equivale apenas a fazer a evidente afirmação de que cada um de nós está capturado na sua própria subjetividade. Para que o conceito de contratransferência tenha mais sentido do que isso, precisamos continuamente recolocar o conceito na dialética do analista como entidade separada e do analista como criação da intersubjetividade analítica. Nenhum desses 'pólos' da dialética existe em forma pura, e nossa tarefa é fazer afirmações cada vez mais completas sobre a natureza específica da relação entre a experiência de sujeito e objeto, entre contratransferência e transferência, a cada momento.

'rêverie'. (Uso o termo de Bion, *rêverie,* para me referir não apenas àqueles estados psicológicos que claramente refletem a receptividade ativa do analista ao analisando, mas também a uma variada coleção de estados psicológicos que parecem refletir a absorção narcísica do analista, ruminações obsessivas, sonhos diurnos, fantasias sexuais, etc.).

Quanto aos desdobramentos do material clínico em si, minha experiência do envelope (no contexto da análise) começou com eu notando o envelope, que, apesar de estar fisicamente presente durante semanas, só naquele ponto surgiu como evento psicológico, um portador de significados psicológicos, que não existiam antes daquele momento. Entendo esses novos significados não só como um reflexo do levantamento de um recalque dentro de mim, mas como um evento que reflete o fato de que um novo sujeito (o terceiro-analítico) estava sendo produzido pelo (entre) Sr. L. e mim, o que resultou na criação do envelope como um "objeto analítico" (Bion, 1962a, Green 1975). Quando percebi esse 'novo objeto' sobre minha mesa, fui atraído por ele de uma maneira tão completamente egossintônica, a ponto de constituir um acontecimento de que eu não tinha a menor consciência. Notei as marcas feitas a máquina no envelope, que também não tinham estado ali (para mim) até aquele ponto. Vivenciei essas marcas pela primeira vez no contexto de uma matriz de significados relacionados com a decepção devida à ausência de um sentimento de que estivessem falando comigo de um modo que soasse pessoal. Os selos sem carimbo foram igualmente 'criados' e tomaram seu lugar na experiência intersubjetiva que estava sendo elaborada. Meus sentimentos de estranhamento chegaram a tal ponto que mal reconheci o nome de Mozart como parte de uma linguagem comum.

Um detalhe que exige maiores explicações é a série de associações fragmentadas relacionadas com *Charlotte's web.* Embora fossem altamente pessoais e idiossincráticos na minha experiência de vida pessoal, esses pensamentos e sentimentos também estavam sendo criados de forma nova dentro do contexto da experiência do terceiro-analítico. Eu tinha consciência de que

Charlotte's web era muito importante para mim, mas o significado particular do livro não só estava recalcado, como ainda não tomara a forma que viria a adotar durante aquela sessão. Foi somente algumas semanas depois daquela sessão que me dei conta de que esse livro estava originalmente, e em processo de se tornar, intimamente associado a sentimentos de solidão. Percebi, pela primeira vez (nas semanas seguintes), que lera aquele livro várias vezes durante um período de intensa solidão na minha infância e que me identificara profundamente com Wilbur como um desajustado e um pária. Considero essas associações (em grande parte inconscientes) com *Charlotte's web*, não como recuperação de uma memória que fora recalcada, mas como a criação de uma experiência (dentro e através da intersubjetividade analítica) que não existira até então sob a forma que agora adotava. Essa concepção da experiência analítica é central para este ensaio; a experiência analítica ocorre no vértice do passado e do presente e envolve um 'passado' que está sendo recriado (tanto para o analista quanto para o analisando) por meio de uma experiência produzida entre analista e analisando (isto é, dentro do terceiro-analítico).

Cada vez que minha atenção consciente se deslocava, da experiência de meus próprios devaneios para o que o paciente estava dizendo, e como ele o estava dizendo para mim e estando comigo, eu não estava retornando para o mesmo lugar que eu abandonara segundos ou minutos antes. Eu estava a cada instante sendo mudado pela experiência da rêverie, às vezes de um modo quase imperceptível. Durante a rêverie acima descrita, havia ocorrido algo que não deve ser considerado mágico ou místico. De fato, o que ocorreu era tão comum, tão mundano a ponto de quase não ser observável como evento analítico.

Quando dirigi novamente minha atenção para o Sr. L., depois da série de pensamentos e sentimentos relacionados ao envelope, estava mais receptivo para a qualidade esquizóide da experiência do Sr. L. e para a inutilidade das tentativas, tanto dele quanto minhas, de criar juntos algo que parecesse real. Estava mais intensamente consciente do sentimento de arbitrariedade

associado a sua sensação do seu lugar na família e no mundo, assim como do sentimento de vazio associado a meus próprios esforços para ser um analista para ele.

Envolvi-me, então, numa segunda série de pensamentos e sentimentos a mim referidos (subseqüentes a minha tentativa, apenas parcialmente satisfatória de conceituar meu próprio desespero e o do paciente em termos de identificação projetiva[1]). Meus pensamentos foram interrompidos por fantasias angustiantes e sensações relacionadas com o fechamento da garagem e minha necessidade de terminar a última sessão do dia na hora certa. Meu carro estivera na oficina o dia inteiro, mas foi só com esse paciente, nesse preciso momento, que o carro como objeto analítico se criou. A fantasia concernente ao fechamento da garagem foi criada naquele momento não por mim mesmo isoladamente, mas por meio da minha participação na experiência intersubjetiva com o Sr. L. Pensamentos e sentimentos referentes ao carro e à oficina não se fizeram presentes em nenhuma das outras sessões de que participei naquele dia.

Na rêverie relacionada com o fechamento da garagem e com minha necessidade de terminar a última sessão do dia na hora, a experiência de colidir com uma falta de humanidade, imutável e mecânica, em mim mesmo e nos outros, repetiu-se de várias formas. Misturadas com as fantasias havia sensações de dureza (o pavimento, o vidro, e a aspereza) e asfixia (a fumaça dos escapamentos). Essas fantasias produziram uma sensação de angústia e urgência dentro de mim, cada vez mais difícil de ignorar (embora no passado eu pudesse perfeitamente ter descartado essas fantasias e sensações como sem significado para a análise, exceto como interferências a serem superadas).

---

1 Creio que um aspecto da experiência que estou descrevendo pode ser compreendida em termos de identificação projetiva, mas o modo como a idéia de identificação projetiva foi utilizada no ponto em que surgiu estava predominantemente a serviço de uma defesa intelectualizante.

Ao voltar a escutar o Sr. L., sentia-me ainda bastante confuso sobre o que estava acontecendo na sessão e estava desagradavelmente tentado a dizer algo apenas para dissipar meus sentimentos de impotência. Nesse ponto, um evento acontecido anteriormente durante a sessão (o telefonema gravado pela secretária eletrônica), ocorreu pela primeira vez como evento analítico (ou seja, como um evento que tem sentido dentro do contexto da intersubjetividade que estava sendo elaborada). A voz gravada na secretária eletrônica portava agora a promessa de ser a voz de uma pessoa que me conhecia e que falaria comigo de modo pessoal. As sensações físicas, de respiração livre e de asfixia, passavam a ser portadoras de significados de importância crescente. O envelope tornou-se um objeto analítico diferente daquele que fora antes durante a sessão; tinha agora o significado de uma representação de uma voz idiossincrática, pessoal (o endereço datilografado com um 't' imperfeito).

O efeito cumulativo dessas experiências dentro do terceiro analítico levaram à transformação de algo que o paciente me dissera meses atrás sobre se sentir mais próximo de mim quando eu cometia erros. A afirmação do paciente ganhou novo sentido, mas acho que seria mais preciso dizer que a afirmação (recordada) era agora uma nova afirmação para mim, e, nesse sentido, estava sendo feita pela primeira vez.

A partir desse ponto comecei a ser capaz, na sessão, de usar linguagem para descrever para mim mesmo algo da experiência de confrontar um aspecto de uma outra pessoa e de mim mesmo, que parecia assustadora e irrevogavelmente não-humana. Alguns temas de que o Sr. L. vinha falando ganharam uma coerência que antes não tinham para mim; os temas pareciam agora convergir para a idéia de que o Sr. L. estava vivenciando, tanto a mim quanto o discurso entre nós, como falidos e moribundos. Novamente, esses velhos temas tornavam-se agora (para mim) novos objetos analíticos que eu encontrava pela primeira vez. Tentei falar com o paciente sobre minha sensação de sua experiência de mim e da análise como mecânica e não-

humana. Antes de começar minha intervenção, não planejei conscientemente usar a imagem de máquinas (a fábrica e o relógio de ponto) para transmitir o que tinha em mente. Eu estava inconscientemente recorrendo ao conjunto de imagens das minhas rêveries sobre o término mecânico (determinado pelo relógio) de uma sessão e o fechamento da garagem. Considero minha escolha dessas imagens como um reflexo do modo como eu estava "falando a partir" da experiência inconsciente do terceiro-analítico (a intersubjetividade inconsciente sendo criada pelo Sr. L. e por mim). Ao mesmo tempo, eu estava falando *sobre* o terceiro-analítico desde uma posição de analista fora dele.

De uma maneira igualmente não-planejada, mencionei para o paciente a imagem de uma câmara de vácuo (outra máquina), na qual algo que parecia ser ar vital era na verdade vazio. (Eu estava aqui recorrendo inconscientemente às sensações-imagens da vivência fantasiada do ar cheio de fumaça de escapamentos fora da garagem e o alento de ar fresco associado à fantasia da secretária eletrônica.[1]) A resposta do Sr. L. à minha intervenção incluiu uma intensidade de voz que refletia uma intensidade de respiração (um modo mais intenso e pleno de dar e receber). Seus próprios sentimentos conscientes e inconscientes de estar foracluído do humano tinham sido vivenciados sob a forma de imagens e sensações de asfixia, nas mãos da mãe/analista assassina (o saco de plástico [seio] que o impedia de ser preenchido pelo ar vital).

O silêncio no final da sessão era em si mesmo um novo evento analítico e refletia um sentimento de repouso que contrastava fortemente com a imagem de ser violentamente asfixiado num saco plástico, ou o sentimento incômodo de estar sufocado no ar parado do meu consultório. Dois outros aspectos da minha experiência durante esse silêncio eram significativos: a

---

1 Foi dessa forma indireta (isto é, ao me permitir usar livremente minha experiência inconsciente com o paciente na construção de minhas intervenções) que eu 'contei' a ele sobre minha própria experiência do terceiro analítico. Essa comunicação indireta da contratransferência contribui de modo fundamental para o sentimento de espontaneidade, de vivacidade e de autenticidade da experiência analítica.

fantasia de uma bola sendo freneticamente mantida no ar ao ser lançada entre mim e o Sr. L., e meu sentimento de sonolência. Embora eu me sentisse bastante aliviado pelo modo como eu e o Sr. L. éramos capazes de ficar juntos em silêncio (numa combinação de desespero, exaustão e esperança), havia um elemento na experiência do silêncio (em parte refletido na minha sonolência) que parecia um trovão ao longe (o que considero retrospectivamente uma raiva afastada).

Comentarei apenas brevemente o sonho com o qual o Sr. L. abriu a sessão seguinte. Entendo-o como simultaneamente uma reposta à sessão anterior e o começo de um delineamento mais claro de um aspecto da transferência-contratransferência, na qual o medo do Sr. L. quanto ao efeito da sua raiva contra mim e quanto aos seus sentimentos homossexuais dirigidos a mim estavam tornando-se angústias predominantes. (Eu já tivera pistas disso antes, por exemplo, a imagem e a sensação do tráfego barulhento atrás de mim na fantasia da garagem, mas fora incapaz de usá-las como objetos analíticos).

Na primeira parte do sonho, o paciente estava debaixo da água com outras pessoas nuas, inclusive um homem que lhe disse que não haveria problema em respirar, apesar do seu medo de se afogar. Quando respirou, achou difícil acreditar que era realmente capaz de fazê-lo. Na segunda parte do sonho, soluçava de tristeza enquanto um homem, cujo rosto não conseguia discernir, ficava com ele, mas não tentava animá-lo. Considero o sonho, em parte, uma expressão do sentimento do Sr. L. de que na sessão anterior nós dois havíamos vivenciado e começado a entender melhor algo importante sobre sua vida inconsciente ('debaixo da água'), e de que eu não estava com medo de ser tomado (afogado) por seus sentimentos de isolamento, tristeza e futilidade, nem temia por ele. Em conseqüência, ele ousava estar vivo, (inspirar) aquilo que antes ele temia iria asfixiá-lo (o seio vazio/analista). Além disso, havia uma sugestão de que a experiência do paciente não lhe parecia totalmente real, o que estava representado no sonho pela dificuldade de acreditar que poderia fazer o que estava fazendo.

Na segunda parte do sonho, ele representava de modo mais explícito sua crescente capacidade de sentir tristeza de uma maneira que o deixava menos desconectado de si mesmo e de mim. O sonho me parecia ser, em parte, uma expressão da gratidão do paciente por eu não ter roubado dele os sentimentos que estava começando a experimentar, interrompendo seu silêncio no final da sessão do dia anterior com uma interpretação ou outra forma de esforço para dissipar ou até transformar sua tristeza com minhas palavras e idéias.

Eu sentia que, além da gratidão (misturada com a dúvida) que o Sr. L. vivenciava em relação a esses eventos, havia sentimentos menos reconhecidos de ambivalência em relação a mim. Fui alertado dessa possibilidade em parte por minha própria sonolência no final da sessão anterior, que muitas vezes reflete meu próprio estado defensivo. A fantasia de bater na bola (seio) sugeria a possibilidade de raiva sendo repelida. Eventos subseqüentes na análise convenceram-me mais ainda de que a ausência de rosto do homem na segunda parte do sonho era, de certa forma, uma expressão da raiva do paciente contra mim (transferência materna) por ser tão evasivo a ponto de ser sem forma e indescritível (como ele mesmo se sentia). Essa idéia se corroborou nos anos seguintes da análise, quando a raiva do Sr. L. contra mim por ser "ninguém em particular" foi expressa de modo direto. Além disso, num nível mais profundamente inconsciente, o convite que o paciente recebeu do homem nu para respirar na água, refletia o que eu sentia ser uma intensificação do sentimento inconsciente do Sr. L. de que eu o estava seduzindo para estar vivo comigo na sala, de uma forma que muitas vezes despertava angústias homossexuais (representadas pelo homem nu estimulando o Sr. L. a deixar entrar na boca o fluido compartilhado). A angústia sexual refletida no sonho só foi interpretada muito mais tarde na análise.

Alguns comentários adicionais

Na seqüência clínica descrita, não foi por acaso que minha mente divagou e se deteve num conjunto de marcas feitas a máquina num envelope recoberto de anotações de números de telefones, notas para aulas e lembretes para mim mesmo sobre compromissos futuros. O próprio envelope (além de ter os significados acima mencionados) também representava (o que fora) meu próprio discurso privado, uma conversa privada sem outro destinatário que não eu mesmo. Nele havia notas nas quais eu falava comigo mesmo sobre os detalhes da minha vida. O funcionamento da mente do analista durante as sessões de análise nesse modo natural, pouco consciente, contém aspectos mundanos da vida altamente pessoais, privados e constrangedores, que raramente são discutidos com colegas, e, muito menos, escritos em relatos públicos de análises. Requer um grande esforço extrair esse aspecto pessoal e cotidiano da sua área de rêverie pouco consciente, com o propósito de conversar consigo mesmo sobre o modo como esse aspecto da experiência foi transformado de uma forma tal que se tornou uma manifestação da inter-relação de sujeitos analíticos. O 'pessoal' (o individualmente subjetivo) nunca mais é simplesmente o que foi antes de sua criação no terceiro-analítico intersubjetivo, nem é completamente diferente do que foi.

Creio que uma dimensão importante da vida psicológica do analista com o paciente no consultório adota a forma de rêveries relativas aos detalhes comuns, cotidianos da sua própria vida (que muitas vezes são de grande importância narcísica para o analista). Tentei demonstrar, nessa discussão clínica, que essas rêveries não são simples reflexos de desatenção, absorção narcísica, conflitos emocionais não-resolvidos e coisas semelhantes. Essa atividade psicológica representa, antes, formas simbólicas e proto-simbólicas (baseadas em sensações) atribuídas à experiência não-articulada (e muitas vezes ainda não sentida) do analisando, quando estas estão ganhando forma na intersubjetividade do par analítico (isto é, no terceiro-analítico).

Essa forma de atividade psicológica é muitas vezes considerada algo que o analista deve atravessar, deixar de lado, superar, etc., no seu esforço para estar emocionalmente presente e atento ao paciente. Estou sugerindo que uma concepção da experiência do analista que descarta essa categoria de fatos clínicos leva o analista a diminuir (ou ignorar) o significado de uma grande parte (às vezes, a maioria) da sua experiência com o analisando. Acho que um fator importante que contribui para a desvalorização de uma tão grande porção da experiência analítica é o fato de que tal conhecimento implica uma forma perturbadora de autoconsciência. A análise desse aspecto da transferência-contratransferência requer um exame do modo como falamos com nós mesmos e do que falamos conosco num estado psicológico privado e relativamente pouco defendido. Nesse estado, a inter-relação dialética entre consciência e inconsciente se altera de uma forma que lembra o estado onírico. Ao termos consciência desse estado, estamo-nos envolvendo com um santuário interno essencial de privacidade e, portanto, com uma das pedras angulares da nossa sanidade. Estamos pisando em solo sagrado, uma área de isolamento pessoal, na qual, em grande medida, estamo-nos comunicando com objetos subjetivos (Winnicott, 1963; ver também Capítulo 9). Essa comunicação (como as notas para mim mesmo no envelope) não está destinada a ninguém, nem mesmo a aspectos de nós mesmos que estão fora desse delicado *cul-de-sac* (Winnicott, 1963, p. 184) privado-mundano. Esse setor da experiência transferencial-contratransferencial é tão pessoal, tão entranhado na estrutura de caráter do analista, que é requer um grande esforço psicológico entrar num discurso consigo mesmo do modo necessário para reconhecer que, até mesmo esse aspecto do que é pessoal, foi alterado por nossa experiência dentro e do terceiro-analítico. Se quisermos ser analistas num sentido pleno, temos de tentar conscientemente fazer inclusive esse aspecto de nós mesmos participar do processo analítico.

O psique-soma e o terceiro-analítico

Na próxima seção deste capítulo, apresento o relato de uma interação analítica na qual uma ilusão somática vivenciada pelo analista e um grupo de sensações corporais e fantasias relacionadas ao corpo vivenciadas pelo analisando constituíram o principal meio através do qual o terceiro-analítico foi vivenciado, compreendido e interpretado. Como ficará evidente, a condução dessa fase da análise dependeu da capacidade do analista para reconhecer e fazer uso de uma forma de fato clínico intersubjetivo, manifestado, em grande parte, por intermédio de sensações-fantasias corporais.

Ilustração clínica II: o coração sinal

Nessa discussão clínica, descreverei uma série de eventos que ocorreram no terceiro ano da análise da Sra. B., uma advogada de 42 anos casada, mãe de duas crianças em idade de latência. A paciente começara a análise por razões que não eram claras para nenhum de nós dois. A Sra. B. sentia-se vagamente descontente com sua vida apesar do fato de ter "uma maravilhosa família" e estar bem no trabalho. Disse-me que nunca imaginara "acabar num consultório de analista". "Pareço saída de um filme de Woody Allen."

O primeiro ano e meio de análise caracterizou-se por um sentimento de algo forçado e vagamente perturbador. Intrigava-me entender porque a Sra. B. comparecia às suas sessões diárias e sempre me surpreendia um pouco quando ela aparecia. A paciente quase nunca faltava a uma sessão, raramente se atrasava, e, de fato, chegava suficientemente cedo para usar o banheiro de meu consultório antes de cada sessão.

A Sra. B. falava de um modo organizado, algo obsessivo embora pensado; havia sempre temas "importantes" para discutir, inclusive os ciúmes de mãe sentia ou até pequenas atenções feitas à paciente por seu pai. A Sra. B. sentia que isso estava ligado a dificuldades correntes tais como sua incapacidade para aprender ("incorporar coisas") de colegas mulheres e hierarquicamente superiores, no trabalho. Contudo, havia uma superficialidade nesse trabalho, e, à medida que o tempo passava, parecia ser necessário um esforço cada vez maior para a paciente "encontrar coisas sobre as quais falar". A paciente falava sobre o fato de não se sentir totalmente presente nas sessões apesar dos seus esforços para "estar aqui".

Ao final do segundo ano de análise, os silêncios haviam-se tornado cada vez mais freqüentes e consideravelmente mais longos, durando muitas vezes de 15 a 20 minutos. (Durante o primeiro ano, raramente houvera silêncios.) Eu tentava falar com a Sra. B. sobre como ela se sentia estando comigo num determinado período de silêncio. Ela dizia que se sentia extremamente frustrada e engasgada, mas era incapaz de elaborar. Expus meus próprios pensamentos hipotéticos sobre a possível relação entre um determinado silêncio e a experiência transferencial-contratransferencial que precedera o silêncio ou ficara sem resolver na sessão anterior. Nenhuma dessas intervenções parecia alterar a situação.

A Sra. B. desculpava-se reiteradamente por não ter mais nada para dizer e se preocupava em me estar desapontando. À medida que os meses passavam, crescia um sentimento de exaustão e desespero associado aos silêncios e à falta de vida generalizada da análise. As desculpas da paciente por esse estado de coisas continuaram, mas foram tornando-se cada

vez menos verbais e eram transmitidas por sua expressão facial, modo de andar, tom de voz, etc. Além disso, nessa conjuntura, a Sra. B. começou a torcer as mãos durante todas as sessões, mas mais vigorosamente durante os silêncios. Puxava fortemente os dedos das mãos e amassava intensamente as juntas e dedos, a ponto de suas mãos ficarem avermelhadas durante a sessão.

Minhas próprias fantasias e sonhos diurnos eram muito esparsos durante esse período de trabalho, o que não é comum. Também percebi que sentia menos proximidade com a Sra. B. do que seria de se esperar. Certa manhã, enquanto ia de carro para meu consultório, estava pensando nas pessoas que eu atenderia naquele dia, e não conseguia lembrar-me do primeiro nome da Sra. B. Racionalizei que eu só anotava seu sobrenome na minha agenda e nunca me dirigia a ela por seu primeiro nome, assim como ela nunca mencionava seu primeiro nome ao falar sobre si mesma como muitos pacientes fazem. Eu me imaginava uma mãe incapaz de dar um nome ao filho após o nascimento, em decorrência de uma profunda ambivalência por parte da mãe em relação ao nascimento do bebê. A Sra. B. contara-me muito pouco sobre seus pais e sua infância. Ela disse que, para ela, era muito importante que me contasse sobre seus pais de um modo que fosse ao mesmo tempo "justo e preciso". Disse que me contaria sobre eles quando encontrasse o modo correto e as palavras corretas para fazê-lo.

Durante esse período, desenvolvi o que sentia ser uma leve gripe, mas consegui manter as sessões com todos os meus pacientes. Nas semanas que se seguiram, percebi que continuava não me sentindo fisicamente bem durante minhas sessões com a Sra.

B., e tive sensações de mal-estar, náuseas e vertigem. Sentia-me um homem muito velho, e, por razões que não podia entender, essa imagem me confortava um pouco embora ao mesmo tempo me ressentisse muito dela. Eu não percebia sentimentos e sensações físicas como essas durante as outras partes do dia. Concluí que isso refletia uma combinação do fato de que as sessões com a Sra. B. deviam ser particularmente extenuantes para mim e que os longos períodos de silêncio nas suas sessões me permitiam perceber, melhor do que com outros pacientes, meu estado físico.

Retrospectivamente, sou capaz de reconhecer que nesse período de trabalho comecei a sentir uma angústia difusa durante as horas com a Sra. B. Contudo, na época, eu estava apenas subliminarmente consciente dessa angústia e pouco capaz de diferenciá-la das sensações físicas que experimentava. Antes das sessões com a Sra. B., eu regularmente encontrava coisas para fazer, tais dar como telefonemas, selecionar papéis, achar um livro, etc., que tinham por efeito adiar o momento de encontrar a paciente na sala de espera. Assim, atrasei-me algumas vezes um ou mais minutos para atendê-la.

A Sra. B. parecia olhar atentamente para mim no começo e fim de cada sessão. Quando lhe perguntei sobre isso, ela se desculpou e disse não ter-se dado conta de que estava fazendo isso. O conteúdo das associações da Sra. B. passava uma sensação de esterilidade e de grande controle, e estava centrado nas dificuldades no trabalho e em preocupações sobre possíveis distúrbios emocionais que seus filhos poderiam estar tendo. Levou seu filho mais velho a uma consulta com um psiquiatra infantil devido à sua preocupação com o fato de que ele não conseguia

concentrar-se suficientemente na escola. Comentei que pensava que a Sra. B. estava preocupada com seu próprio valor como mãe, assim como estava preocupada com seu valor como paciente. (Essa interpretação era parcialmente correta, mas deixou de fazer referência à angústia central da sessão porque, como discutiremos, eu estava inconscientemente me defendendo de reconhecê-la).

Pouco tempo depois de eu ter feito a intervenção quanto às dúvidas da paciente sobre seu valor como mãe e analisanda, senti sede e me debrucei sobre o braço da poltrona para tomar um gole de um copo de água que estava no chão perto da minha poltrona. (Eu muitas vezes fizera o mesmo durante as sessões da Sra. B. e durante as sessões de outros pacientes). No momento em que eu estava alcançando o copo, a Sra. B. me surpreendeu, virando-se abruptamente (e pela primeira vez na análise) no divã para me olhar. A paciente tinha um olhar de pânico no rosto e disse: "Desculpe-me, eu não sabia o que estava acontecendo com o senhor."

Foi somente na intensidade desse momento, em que havia um sentimento de terror de que algo catastrófico estivesse acontecendo comigo, que consegui nomear para mim mesmo o terror que eu vinha suportando há um certo tempo. Percebi que a angústia que eu vinha sentindo e o pavor (predominantemente inconsciente e primitivamente simbolizado) dos encontros com a Sra. B. (refletido no meu comportamento de protelação) estava diretamente conectado com uma sensação/fantasia de que meus sintomas somáticos de mal-estar, náusea e vertigem eram causados pela Sra. B. e de que ela estava matando-me. Entendia agora que durante muitas semanas eu estivera emocionalmente consumido pela convicção

inconsciente (uma "fantasia no corpo", [Gaddini, 1982, p. 143]) de que eu tinha uma doença séria, talvez um tumor cerebral, e durante esse período estivera assustado com a idéia de morrer. Senti um imenso alívio nesse ponto da sessão, quando entendi esses pensamentos, sentimentos e sensações como reflexos de eventos transferenciais-contratransferenciais que ocorriam na análise.

Eu disse, em resposta ao movimento assustado da Sra. B. de se virar no divã, que achava que ela tinha tido medo de que algo terrível estivesse acontecendo comigo e de que eu talvez estivesse até morrendo. Ela disse que sabia que isso parecia loucura, mas quando escutou-me me mexendo na poltrona sentiu-se tomada do sentimento de que eu estivesse tendo um ataque cardíaco. Acrescentou que ela sentia que eu vinha parecendo pálido há um certo tempo, mas não quisera me insultar ou me preocupar me dizendo isto. (A capacidade da Sra. B. de falar comigo, desta maneira, sobre suas percepções, sentimentos e fantasias, já refletia o fato de que uma mudança psicológica importante começava a acontecer).

Enquanto isso ocorria, percebi que era a mim que a Sra. B. queria levar ao médico e não seu filho mais velho. Reconheci que a interpretação que eu fizera antes, durante a sessão, sobre sua dúvida, errara bastante o alvo e que a angústia sobre a qual a paciente tentava falar-me era seu medo de que algo catastrófico estivesse ocorrendo entre nós (que mataria um de nós ou os dois); assim, uma terceira pessoa (um pai ausente) tinha de ser encontrada a fim de impedir que o desastre ocorresse. Eu muitas vezes me movera na poltrona durante as sessões da Sra. B., mas foi só no momento acima descrito que

o barulho de meu movimento na poltrona se tornou um "objeto analítico" (um portador de sentidos analíticos intersubjetivamente produzidos) que não existira previamente. A minha capacidade de pensar e a da paciente, como indivíduos separados, tinha sido cooptada pela intensidade da fantasia inconsciente/ilusão somática compartilhada, na qual ambos estávamos enredados. A fantasia inconsciente refletia um conjunto importante e altamente conflitivo das relações de objeto internas inconscientes da Sra. B., que estavam sendo recriadas na análise sob a forma de minha ilusão somática em conjunção com os temores ilusórios da paciente (sobre meu corpo) e suas próprias experiências sensoriais (por exemplo, a torção de suas mãos).

Disse à Sra. B. que eu sentia que ela não só estava com medo de que eu estivesse morrendo, mas achava que ela também estava com medo de ser a causa direta e imediata disso. Disse-lhe que, assim como estava preocupada de ter um efeito prejudicial sobre o filho e o tinha levado ao médico, ela estava com medo de estar me deixando tão doente que eu morreria. Nesse momento, as torções das mãos e as pressões sobre os dedos da Sra. B. se acalmaram. Percebi então, quando a Sra. B. começou a usar os movimentos da mão para acompanhar sua expressão verbal, que não me lembrava de ter visto suas mãos operando separadamente (isto é, sem se tocarem, sem se movimentarem de modo rígido e inoportuno). A paciente disse que aquilo de que estávamos falando parecia verdadeiro e importante para ela, mas que temia esquecer tudo o que tinha acontecido durante a sessão daquele dia.

O último comentário da Sra. B. lembrou-me minha própria incapacidade de lembrar seu primeiro

nome e minha fantasia de ser uma mãe que não queria reconhecer plenamente o nascimento de seu bebê (ao não lhe dar um nome). Eu sentia agora que a ambivalência representada por meu próprio ato de esquecer e a fantasia associada a ele (assim como a ambivalência da Sra. B., representada por sua angustia de que apagaria da memória esta sessão) refletia um medo sustentado tanto pela Sra. B quanto por mim, de que permitir que "ela nascesse" (isto é, que se tornasse genuinamente viva e presente) na análise implicaria um sério perigo para nós dois. Senti que havíamos criado uma fantasia inconsciente (amplamente produzida sob a forma de experiência corporal), de que se ela ganhasse vida (nascesse) na análise eu adoeceria e possivelmente morreria. Pela nossa saúde, era importante fazer qualquer esforço para impedir esse nascimento (e morte).

Disse à Sra. B. que entendia um pouco melhor agora por que ela sentia que apesar de todo esforço de sua parte, não podia sentir-se presente ali comigo e era cada vez mais incapaz de pensar no que dizer. Disse-lhe que achava que ela estava tentando ser invisível no seu silêncio como se não estivesse realmente lá, esperando dessa forma, ser uma tensão a menos para mim, me impedir de adoecer. Ao que a Sra. B. respondeu que estava consciente de se desculpar o tempo todo e que, num certo ponto, ficou tão cheia de si mesma que lamentou, mas não me disse, ter "entrado nesta coisa" (a análise) e desejou poder "apagar, fazer com que nunca tivesse acontecido". Acrescentou que para mim também seria melhor cair fora e imaginou que eu lamentava ter aceito trabalhar com ela. Disse que isso era parecido com um sentimento presente nela desde sempre. Embora sua mãe lhe garantisse inúmeras vezes que vibrou com o

fato de estar grávida e que esperou ansiosamente seu nascimento, a Sra. B. tinha certeza de que "fora um erro" e que sua mãe não desejara ter nenhum filho. Sua mãe tinha quase quarenta anos, e seu pai por volta de quarenta e cinco quando a paciente nasceu. A Sra. B. foi filha única e, até onde sabe, não houve outras gestações. A Sra. B. me disse que seus pais eram pessoas muito "devotadas", e, portanto, sentia-se extremamente ingrata ao dizer que, apesar disso, a casa de seus pais não lhe parecia um lugar para crianças. Sua mãe mantinha todos os brinquedos no quarto da paciente, de modo que seu pai, um "acadêmico sério", não fosse incomodado enquanto lia e escutava música à noite ou nas tardes dos fins-de-semana.

O comportamento da Sra. B. na análise parecia refletir um imenso esforço para se comportar "como um adulto" e não fazer uma bagunça emocional na "minha casa" (a análise) espalhando pensamentos, sentimentos e comportamentos irracionais e infantis. Lembrei-me de seu comentário na entrevista preliminar, sobre a estranheza e o senso de irrealidade que sentia no meu consultório (como se tivesse saído de um filme de Woody Allen). A Sra. B. ficara inconscientemente dividida entre sua necessidade de receber ajuda da minha parte e seu medo de que o simples ato de reivindicar um lugar para ela junto a mim (dentro de mim) me exauriria ou mataria. Eu podia entender agora minha fantasia (e experiências sensoriais associadas) de ter um tumor cerebral, como reflexo de uma fantasia inconsciente de que a própria existência da paciente era uma espécie de tumescência, que de forma voraz, desconsiderada e destrutiva ia tomando um espaço que não tinha o direito de ocupar.

Depois de ter-me contado sobre seus sentimentos quanto à casa paterna, a Sra. B. reiterou sua

preocupação em estar apresentando um quadro impreciso a respeito de seus pais (particularmente de sua mãe), levando-me a ver sua mãe de um modo que não refletia corretamente a totalidade de quem ela era. Contudo – a paciente acrescentou – dizer isso agora parecia mais uma reflexão do que algo real.

Durante esses intercâmbios, senti pela primeira vez na análise, que havia duas pessoas na sala falando entre si. Parecia-me que não só a Sra. B. era capaz de pensar e falar de um modo mais plenamente humano, mas que também eu me percebia pensando, sentindo e vivenciando sensações com uma qualidade de realidade e espontaneidade de que, até então, eu não fora capaz nessa análise. Retrospectivamente, meu trabalho analítico com a Sra. B. até aquele ponto parecera-me às vezes envolver uma identificação excessivamente endividada com meu próprio analista (o "homem velho"). Eu não só usara frases que ele usava regularmente, como falara em algumas ocasiões com uma entonação que eu associava a ele. Somente após a mudança na análise, que acabo de descrever, pude reconhecer isso. Minha experiência na fase de trabalho analítico que estamos discutindo "me compelira" a vivenciar a fantasia inconsciente de que a minha plena realização como analista só poderia ocorrer às custas da morte de uma outra parte minha (a morte de um objeto interno analista/pai). Os sentimentos de conforto, ressentimento e angústia associados à minha fantasia de ser um homem velho, refletiam tanto a segurança que eu sentia de ser como (com) meu analista/pai quanto o desejo de estar livre dele (na fantasia, matá-lo). Esse último desejo trazia consigo o medo de que eu morresse no processo. A experiência com a Sra. B., inclusive meu ato de colocar meus pensamentos, sentimentos e sensações

em palavras, constituiu uma forma particular de separação e luto de que eu não fora capaz até então.

Comentários finais sobre o conceito de terceiro-analítico

Para terminar, tentarei expor um certo número de idéias sobre a noção do terceiro-analítico, que foram desenvolvidas explícita ou implicitamente no decorrer das duas discussões clínicas precedentes.

O processo analítico reflete a inter-relação de três subjetividades: a subjetividade do analista, a do analisando e a do terceiro-analítico. O terceiro-analítico é uma criação do analista e do analisando, ao mesmo tempo que ambos (na qualidade de analista e analisando) são criados pelo terceiro analítico. (Não há analista, analisando ou análise na ausência do terceiro).

Devido ao fato de que o terceiro analítico é vivenciado por analista e analisando no contexto do sistema de personalidade dele ou dela, de sua história pessoal, constituição psicossomática, etc., a experiência do terceiro (embora conjuntamente criado) não é idêntica para cada participante. Além disso, o terceiro-analítico é uma construção assimétrica, pois é produzido no contexto do *setting* analítico, que é fortemente definido pela relação entre os papéis de analista e analisando. Conseqüentemente, a experiência inconsciente do analisando é privilegiada, de uma forma específica, a qual seja, sua a experiência passada e presente, que é tomada pelo par analítico como principal tema-sujeito (*subject*) (embora não exclusivo) do discurso analítico. A experiência do analista no e do terceiro analítico é (primariamente) utilizada como veículo para a compreensão das experiências conscientes e inconscientes do analisando. (Analista e analisando não estão envolvidos num processo democrático de análise mútua).

O conceito do terceiro analítico fornece uma estrutura de idéias sobre a interdependência entre sujeito e objeto, entre transferência e contratransferência, que auxilia o analista nos seus

esforços para acompanhar de perto e pensar claramente sobre a miríade de fatos clínicos intersubjetivos com que se depara, sejam estes as divagações aparentemente ensimesmadas de sua mente, as sensações corporais do analista que parecem nada ter a ver com o analisando, ou qualquer outro 'objeto analítico' intersubjetivamente gerado pelo par analítico.

Sumário

Apresentamos neste capítulo duas seqüências clínicas para tentar descrever os métodos por meio dos quais o analista procura reconhecer, compreender e simbolizar verbalmente, para si mesmo e para o analisando, a natureza específica da inter-relação momento-a-momento da experiência subjetiva do analista, da experiência subjetiva do analisando e da experiência intersubjetivamente gerada do par analítico (a experiência do terceiro-analítico).

Na primeira discussão clínica, descrevo como a experiência intersubjetiva criada pelo par analítico se torna acessível ao analista, em parte, por meio da experiência de suas próprias *rêveries*, formas de atividade mental que muitas vezes parecem ser apenas absorção narcísica, distração, ruminação compulsiva, sonhos diurnos, etc. O segundo relato clínico é um exemplo de como uma ilusão somática do analista, em conjunção com a experiência sensorial e fantasias relacionadas ao corpo do analisando, serviu de principal meio para que o analista vivenciasse e viesse a entender o significado das angústias predominantes que estavam sendo produzidas (intersubjetivamente).

Identificação projetiva e o terceiro subjugador

6

Continuamos no processo de descobrir o que 'significa' identificação projetiva, não que a Sra. Klein quisesse dizer tudo isso em 1946, conscientemente ou não.

Donald Meltzer, 1978, p. 39.

Neste capítulo, apresentarei algumas reflexões sobre o processo da identificação projetiva como uma forma de terceiridade intersubjetiva. Descreverei, em particular, a inter-relação de subjugação mútua e reconhecimento mútuo, que considero fundamental para esse evento psicológico-interpessoal.

Na obra de Klein (1946, 1955), a identificação projetiva era apenas implicitamente um conceito psicológico-interpessoal. Contudo, o conceito, conforme foi desenvolvido por Bion (1952, 1962a) e H. Rosenfeld (1952, 1971, 1987), e mais tarde enriquecido por Grotstein (1981), Joseph (1987), Kernberg (1987), Meltzer (1966), Ogden (1979), O'Shaughnessy (1983), Segal (1981) e outros, assumiu um conjunto cada vez mais complexo de significados intersubjetivos e de aplicações clínicas. A compreensão da identificação projetiva que proporei está fundamentada numa concepção da psicanálise como um processo no qual uma série de formas de "terceiridade" intersubjetiva são produzidas e se mantêm em tensão dialética com o analista e o analisando, como entidades

psicológicas separadas. Na identificação projetiva, gera-se uma forma distinta de terceiridade analítica na dialética da subjetividade e intersubjetividade, à qual me referirei como 'o terceiro subjugador', já que essa forma de intersubjetividade tem o efeito de incluir (em grande escala) as subjetividades individuais dos participantes.

O conceito de identificação projetiva

Emprego o termo *identificação projetiva* para me referir a um grande leque de eventos psicológicos-interpessoais, inclusive às primeiras formas de comunicação mãe-bebê (Bion, 1962a), incursões coercitivas fantasiadas para dentro e ocupação da personalidade de uma outra pessoa, estados confusionais esquizofrênicos (H. Rosenfeld, 1952), e "compartilhamento empático" saudável (Pick, 1985, p. 45). (A compreensão da identificação projetiva que será apresentada foi evoluindo ao longo de uma série de artigos que escrevi nos últimos quinze anos [Ogden 1978a,b, 1979, 1980, 1981, 1982a,b, 1984, 1985, 1986, 1988, 1989a]. Esses artigos, assim como os capítulos 5 e 8 deste volume, contêm descrições detalhadas da fenomenologia da identificação projetiva).

A despeito da amplitude dos fenômenos psicológicos-interpessoais a que o conceito se refere, concebo a identificação projetiva como uma forma discreta, ou, mais precisamente, uma qualidade, da experiência intersubjetiva. A identificação projetiva não é uma experiência que ocorre isolada do resto da vida emocional do indivíduo. É uma qualidade da vida emocional que coexiste com uma multiplicidade de outras qualidades. Portanto, ela mais contribui do que define; mais colore uma experiência de vida do que a constitui por inteiro. Considero a identificação projetiva uma dimensão de toda intersubjetividade, às vezes como qualidade predominante da experiência, outras somente como um sutil pano de fundo.

A identificação projetiva compreende narrativas inconscientes (tanto verbal quanto não-verbalmente simbolizadas) que incluem a fantasia de evacuar uma parte de si para dentro de outra pessoa. Essa evacuação fantasiada serve tanto à finalidade de se proteger dos perigos que um dos aspectos de si mesmo suscita, quanto de salvaguardar uma parte de si, depositando-a numa outra pessoa que é vivenciada como apenas parcialmente diferenciada de si próprio (Klein 1946, 1955; ver também Capítulo 3). O aspecto de si que, na fantasia inconsciente, 'reside' na outra pessoa é sentido como alterado no processo, e, em condições ótimas, imagina-se que seja 'recuperado' sob uma forma menos tóxica, sujeita a menos perigos. Em contraposição, sob condições patogênicas, a parte reapropriada pode vir a ser sentida como se tivesse sido amortecida, ou houvesse se tornado mais persecutória do que fora até aquele momento.

Indissoluvelmente ligado a esse conjunto de fantasias inconscientes está um conjunto de correlatos interpessoais às fantasias inconscientes (Bion, 1959, Joseph 1987, H. Rosenfeld 1971, 1987). A qualidade interpessoal do evento psicológico não decorre da fantasia inconsciente; a fantasia inconsciente e o evento interpessoal são *dois aspectos de um único evento psicológico.*

A faceta interpessoal da identificação projetiva envolve uma transformação da subjetividade do 'recipiente' de tal forma que a 'eu-dade' do outro-como-sujeito é (por algum tempo e em certa medida) subvertida: "Você [o 'recipiente' da identificação projetiva] é eu [o projetor], na medida em que preciso fazer uso de você a fim de vivenciar por seu intermédio o que não posso vivenciar sozinho. Você não é eu, na medida em que eu preciso me despojar de um aspecto de mim mesmo e, na fantasia, me esconder (disfarçado de não-eu) em você." O recipiente da identificação projetiva torna-se um participante na negação de si próprio na condição de sujeito separado, criando assim um 'espaço psicológico' em si mesmo para ser (na fantasia inconsciente) ocupado (assumido) pelo projetor.

O projetor, no processo da identificação projetiva, adotou inconscientemente uma forma de negação de si próprio como um

eu separado, e, assim fazendo, tornou-se outro-para-si-próprio; tornou-se (em parte) um ser inconsciente, fora de si próprio, que é simultaneamente eu e não-eu. O recipiente é e não é ele mesmo à distância. O projetor está tornando-se alguém diferente do que era até aquele momento. A experiência do projetor, de ocupar o recipiente, é uma experiência de negar o outro como sujeito e cooptar a subjetividade dele com a própria subjetividade, ao passo que a parte ocupadora do *self* do projetor é objetificada (vivenciada como um objeto parcial) e despojada. O resultado desse processo mutuamente negador é a criação de um terceiro sujeito, 'o sujeito da identificação projetiva', que ao mesmo tempo é e não é o projetor e o recipiente. Assim sendo, a identificação projetiva é um processo pelo qual a subjetividade, tanto do projetor quanto do recipiente, está sendo negada de diferentes maneiras: o projetor está recusando um aspecto de si próprio que ele imagina estar sendo evacuado para dentro do recipiente, ao passo que o recipiente está participando de uma negação de si próprio ao se render (criar espaço para) ao aspecto recusado da subjetividade do projetor.

Não é suficiente dizer que a identificação projetiva representa simplesmente uma forma poderosa de projeção ou de identificação, ou uma somatória de ambas, já que os conceitos de projeção e identificação referem-se apenas à dimensão intrapsíquica da experiência. A identificação projetiva só pode ser entendida em termos de uma dialética de sujeitos que se criam, negam e preservam mutuamente, cada um deles permitindo ser 'subjugado' pelo outro, ou seja, negado de tal forma que, por intermédio do outro, torne-se um terceiro sujeito (o sujeito da identificação projetiva). O que distingue a identificação projetiva como forma de relação analítica é que a intersubjetividade analítica que a caracteriza é de tal ordem que a subjugação mútua (assimétrica e que serve de mediação para a criação de uma terceira subjetividade) tem o efeito de subverter poderosamente a experiência do analista e do analisando como sujeitos separados. No *setting* analítico, a identificação projetiva envolve um tipo de colapso parcial do movimento dialético da subjetividade e intersubjetividade, resultando

na subjugação (das subjetividades individuais do analista e do analisando) pelo terceiro analítico. O processo analítico, se for bem sucedido, implica a reapropriação das subjetividades individuais do analista e do analisando, que foram transformadas por via da experiência destes do (no) terceiro analítico recém-criado (o 'sujeito da identificação projetiva').

A identificação projetiva pode ser pensada como comportando um paradoxo central: os indivíduos envolvidos nesta forma de relação subjugam-se inconscientemente a um terceiro intersubjetivo mutuamente produzido (o sujeito da identificação projetiva), com o propósito de se libertarem dos limites do que foram até aquele momento.

Na identificação projetiva, analista e analisando são limitados e enriquecidos; cada um é sufocado e vitalizado. A nova entidade intersubjetiva que é criada, o terceiro analítico subjugador, torna-se um veículo por meio do qual pensamentos podem ser pensados, sentimentos sentidos, sensações vivenciadas, experiências estas que só existiam até então potencialmente para cada um dos indivíduos que participam nesse processo psicológico-interpessoal. Para que ocorra crescimento psicológico, deve haver uma suplantação do terceiro subjugador e o estabelecimento de uma dialética nova e mais produtiva de unicidade e dualidade, similaridade e diferença, subjetividade individual e intersubjetividade.

Embora Klein (1955) tenha enfocado quase unicamente a experiência do esvaziamento psicológico envolvido na identificação projetiva, é amplamente sabido hoje em dia que a identificação projetiva também envolve a criação de algo potencialmente maior e mais produtivo do que qualquer um dos participantes (isolados um do outro) poderia produzir. A vitalização ou expansão do sujeito individual não é exclusivamente um aspecto da experiência do projetor; o 'recipiente' de uma identificação projetiva não vivencia simplesmente o evento como uma forma de fardo psicológico no qual ele é limitado e amortecido. Isso se deve, em parte, ao fato de que nunca há um recipiente que não seja, simultaneamente, um projetor numa experiência de identificação

projetiva. A inter-relação de subjetividades nunca é totalmente unilateral; cada pessoa está sendo negada pela outra ao mesmo tempo em que é recriada na tensão dialética única gerada por ambas.

O recipiente da identificação projetiva está implicado numa negação (subversão) de sua própria individualidade, em parte com o propósito inconsciente de romper as amarras subjacentes à coerência/estagnação do *self*. A identificação projetiva oferece ao recipiente a possibilidade de criar uma nova forma de experiência que é outra-para-si-próprio, e, assim, criar condições para a alteração de quem ele foi até então e de quem ele se vivenciou sendo. O recipiente não está simplesmente se identificando com um outro (o projetor); ele está tornando-se outro e vivenciando (o que está se tornando) a si próprio por meio da subjetividade e um outro-terceiro-*self* recém-criado.

Os dois sujeitos que entram numa identificação projetiva (ainda que involuntariamente) tentam inconscientemente se superar (negar), e, assim fazendo, abrem espaço para a criação de uma nova subjetividade, uma experiência de eu-dade que cada indivíduo isoladamente não poderia ter criado para si próprio. Em certo sentido, participamos da identificação projetiva (muitas vezes a despeito de nossos esforços conscientes mais tenazes para evitá-lo) a fim de nos criarmos no e por intermédio do 'outro-que-não-é-totalmente-outro'; ao mesmo tempo, permitimo-nos inconscientemente servir de veículo por meio do qual o outro (que não é totalmente outro) cria a si mesmo, como sujeito por meio de nós. De diferentes formas, cada um dos indivíduos que entra numa identificação projetiva vivencia ambos os aspectos (ambas as formas de negar e ser negado) nesse evento intersubjetivo. Não basta dizer simplesmente que na identificação projetiva a pessoa se descobre desempenhando um papel na fantasia inconsciente de um outro (Bion, 1959). De forma mais abrangente, cada um descobre a si próprio desempenhando inconscientemente um papel e servindo de autor da fantasia inconsciente de um outro.

Na identificação projetiva, abolimos inconscientemente uma parte da nossa própria individualidade separada, a fim de ir

além dos confins dessa individualidade; subjugamo-nos inconscientemente a fim de nos libertarmos de nós mesmos. A libertação produtiva de cada participante do 'terceiro' subjugador depende do ato de reconhecimento por parte do analista, da individualidade do analisando (e de si mesmo) (por exemplo, pela compreensão e interpretação precisa e empática da transferência-contratransferência) e pelo reconhecimento da individualidade do analista (e analisando) pelo analisando (por exemplo, pelo uso que o analisando faz das interpretações do analista).

A alegoria de Hegel (1807) sobre o senhor e o escravo (particularmente segundo Kojève [1934-1935]) proporciona uma linguagem e imagens vivas para a compreensão da criação e negação (a suplantação) do terceiro-subjugador da identificação projetiva. Na alegoria de Hegel, no "começo da história", no encontro inicial de dois seres humanos, cada um sente que a sua capacidade para vivenciar seu próprio senso de eu-dade, sua própria autoconsciência, está de certa forma contida no outro.

> A autoconsciência (numa forma rudimentar) é confrontada por uma outra autoconsciência; passou a *existir fora de si.* Isso tem um duplo significado: primeiro, perdeu a si próprio pois encontra a si prórpio como um *outro* ser; segundo, ao fazer isso, suplantou o outro, pois não vê o outro como um ser essencial, mas no outro (inicialmente) vê (somente) seu próprio si-mesmo. (Hegel, 1807, p. 111).

Cada indivíduo não pode simplesmente tornar-se um sujeito autoconsciente ao ver a si mesmo no outro, ou seja, ao se projetar na outra pessoa e vivenciar o outro como si mesmo. "Ele precisa superar seu estar-fora-de-si-mesmo" (Kojève 1934-1935, p. 13). Cada indivíduo está destinado a permanecer fora de si mesmo (alienado de si mesmo) enquanto o outro não o tiver "'devolvido' a si mesmo reconhecendo-o" (p. 13). É somente por meio do reconhecimento por um outro que é reconhecido como uma pessoa separada (mas interdependente) que nos tornamos cada vez mais (auto-reflexivamente) humanos. Estar fora de si mesmo (por

exemplo, estar *dentro* do sujeito da identificação projetiva) é apenas uma forma potencial de ser. O ato de ser 'devolvido' pelo outro não é um retorno de si próprio a um estado original; é, antes, uma criação de si próprio como sujeito (transformado, mais plenamente humano, auto-reflexivo) pela primeira vez. Uma dialética intersubjetiva de reconhecer e ser reconhecido opera como o fundamento para a criação da subjetividade individual. Se houver uma falha de reconhecimento de cada um pelo outro, "o termo médio (a tensão dialética) se dissolve... numa unidade morta" (p. 14) de um ser estático, não auto-reflexivo: cada um deixa o outro sozinho 'como coisas' e não participa de um processo interpessoal no qual cada um 'devolve o outro' para ele ou ela mesmos, criando assim a subjetividade individual. (É importante notar que o uso do termo e conceito de *intersubjetividade* não é uma contribuição da psicologia contemporânea; é uma idéia que há séculos vem sendo usada em filosofia da maneira acima descrita.)

O projetor e o recipiente de uma identificação projetiva são aliados involuntários e inconscientes no projeto de utilizar os recursos de suas subjetividades individuais e de sua intersubjetividade para escapar do solipsismo de suas próprias existências psicológicas separadas. Cada um se circunscreveu na esfera de suas próprias relações de objeto internas, a partir das quais até o discurso intrapsíquico que denominamos 'auto-análise' pode oferecer pouco em matéria de mudanças psicológicas duradouras, quando isolados da experiência intersubjetiva. (Isso não significa que a auto-análise seja destituída de valor; creio, contudo, que ela tem severas limitações quando isolada das esferas intersubjetivas tais como aquelas proporcionadas pela identificação projetiva.) Os seres humanos têm uma necessidade tão profunda quanto a fome e sede de estabelecer construções intersubjetivas (inclusive identificações projetivas), a fim de encontrar uma saída para as intermináveis e fúteis andanças pelo seu próprio mundo de objetos internos. É em parte por isso que as consultas a colegas e supervisores desempenham um papel tão importante na prática da psicanálise.

A 'aliança' intersubjetiva inconsciente presente na identificação projetiva pode ter qualidades que para os participantes soem como rapto, chantagem, sedução, hipnotização, como ser arrebatado pelo fascínio irresistivelmente assustador dos desdobramentos de uma história de terror, etc. Contudo, o grau de patologia associado a uma determinada experiência de identificação projetiva não deve ser medido pelo grau de coerção envolvido na subjugação fantasiada; em vez disso, a patologia numa experiência de identificação projetiva é um reflexo do grau de incapacidade-indisponibilidade dos participantes de se libertarem mutuamente da subjugação do 'terceiro' por meio de um ato de reconhecimento (muitas vezes mediado pela interpretação) da individualidade única e separada do outro e de si mesmo. (É claro que o estar separado está sempre em tensão dialética com a interdependência.)

Sumário

Neste capítulo, discute-se a natureza da inter-relação entre subjetividade e intersubjetividade específica da identificação projetiva. Na identificação projetiva há um colapso parcial do movimento dialético da subjetividade e intersubjetividade individuais, e disso resulta a criação de um terceiro analítico subjugador (dentro do qual as subjetividades individuais dos participantes estão em grande medida incluídas). Um processo analítico bem sucedido envolve a superação do terceiro e a reapropriação das subjetividades (transformadas) pelos participantes como indivíduos separados (e, ainda assim, interdependentes). Isso se dá por via de um ato de mútuo reconhecimento que, muitas vezes, é mediado pela interpretação, por parte do analista, da transferência-contratransferência e o uso que o analisando faz da interpretação do analista.

O conceito de ação interpretativa

7

We say ourselves in syllables that rise
From the floor,
Saying ourselves in speech
we do not speak.

Wallace Stevens
'*The Creations of Sound*', 1947 *

Na etapa atual do desenvolvimento do pensamento psicanalítico está estabelecido que a ação (diferente da simbolização verbal) constitui um meio importante pelo qual o analisando comunica significados inconscientes específicos ao analista, por exemplo, por intermédio das ações que intervêm nas identificações projetivas (Ogden, 1982a, H. Rosenfeld 1971), nas respostas emocionais ("role responsiveness" (Sandler, 1976), na "evocação por procuração" (Wangh, 1962), nas "ações comunicativas" (*enactments)* (McLaughlin, 1991), etc. Contudo, o que não é muito reconhecido é que muitas das interpretações transferenciais mais críticas do analista são transmitidas ao analisando por meio das

---

* [Dizemos nós mesmos em sílabas que emergem/Do chão, dizendo nós mesmos na fala não falamos. (N. T.)]. Extraído de *Collected Poems* de Wallace Stevens, Copyright, 1947, Wallace Stevens. Reproduzido com a permissão de Alfred A. Knopf, Inc. e Faber & Faber Ltd.

ações do analista. É esse aspecto do processo analítico, as 'ações interpretativas' do analista, que é enfocado neste capítulo.

Entendo por 'ação interpretativa' (ou 'interpretação-em-ação') a comunicação que o analista faz ao analisando de sua compreensão de um aspecto da transferência-contratransferência, por intermédio de uma atividade outra que não a simbolização verbal.[1] Às vezes essa atividade não está vinculada a palavras (por exemplo, a expressão facial do analista quando um paciente se demora na porta do consultório); às vezes a atividade do analista (como meio para a interpretação) adota a forma de uma "ação verbal", por exemplo, o estabelecimento dos honorários, o anúncio do fim da sessão, ou a insistência para que o analisando cesse com uma determinada forma de *acting in* ou *acting out*; às vezes, a ação interpretativa implica a voz, mas não palavras (por exemplo, a risada do analista).

A importância da ação interpretativa decorre de sua capacidade de transmitir ao analisando aspectos da compreensão que o analista tem de significados transferenciais-contratransferenciais inconscientes num momento em que essas compreensões não podem ser comunicadas ao paciente apenas sob a forma de uma interpretação verbalmente simbolizada. É claro que uma ação por si só (isolada de uma matriz de símbolos intersubjetivamente produzidos) não tem sentido; ações interpretativas adquirem sua especificidade de sentido na maneira como são produzidos dentro do contexto da experiência do analista e do analisando no 'terceiro-analítico intersubjetivo'.

Neste capítulo, não estou enfocando a transmissão de afetos ou a criação de um "clima" ou "atmosfera" emocional mutativos (Balint, 1968, p. 160) por meio das ações do analista, mas o uso da ação como *um meio interpretativo* pelo qual o analista transmite aspectos específicos de sua compreensão do significado transferen-

1 Neste capítulo, a noção de interpretação será usada para fazer referência a um "procedimento (que)... destaca o sentido latente existente nas palavras e nos comportamentos de um indivíduo" (Laplanche e Pontalis, 1967, p. 227).

cial-contratransferencial inconsciente. Há inúmeras discussões, na literatura psicanalítica, sobre as ações do analista (que não sejam interpretações verbais) como agentes de mudanças terapêuticas (ver, por exemplo, Alexander e French 1946, Balint 1968, Casement 1982, Coltart 1986, Ferenczi 1921, Klauber 1976, Little 1960, Mitchell 1993, H. Rosenfeld 1978, Stewart 1990, Symington 1983 e Winnicott 1947). Contudo, a idéia das ações do analista como meio para a interpretação da transferência-contratransferência foi muito pouco explorada. As contribuições de Coltart (1986), H. Rosenfeld (1978) e Stewart (1977, 1987, 1990) sobre o impacto das ações do analista têm pontos de convergência com minha própria concepção da ação interpretativa. Contudo, a ênfase nesses artigos está no uso das ações do analista a serviço do (r)estabelecimento das condições nas quais, analista e analisando, possam refletir sobre o acontecimento (muitas vezes um *acting in* ou um *acting out*) que vinha ocorrendo na análise. Em contraposição, abordo as ações do analista como veículos interpretativos para transmitir ao paciente aspectos específicos da compreensão, por parte do analista, de significados transferenciais-contratransferenciais inconscientes (cuja compreensão deriva da experiência do analista *no* e *do* terceiro analítico).

Tentarei organizar a discussão do conceito de interpretação em ação de forma a não cair em formas de reducionismo que tantas vezes estão presentes na discussão da questão de se é a interpretação ou a relação de objeto o maior (ou exclusivo) agente terapêutico na psicanálise. Parto do princípio de que a interpretação é uma forma de relação de objeto e que a relação de objeto é uma forma de interpretação (no sentido de que cada relação de objeto transmite um aspecto da compreensão do sujeito do conteúdo latente da interação com o objeto).

Neste capítulo tentarei ilustrar a importância do modo como cada aspecto do processo interpretativo adota a forma de uma ação simbólica por parte do analista e os modos como essas formas de interpretação provêm de experiências no e do terceiro analítico. Com esse intuito, apresentarei três vinhetas clínicas, cada uma das quais iluminando um diferente aspecto da ação interpretativa.

Ao selecionar esse material clínico, fiz um esforço para apresentar ilustrações da prática analítica comum e cotidiana. A ação interpretativa não é um evento analítico excepcional; é simplesmente uma parte da tecitura do trabalho analítico interpretativo costumeiro.

Ilustração clínica I: silêncio como interpretação de uma perversão da linguagem e do pensamento

A Dra. M., uma pesquisadora inglesa de pouco mais de 40 anos, iniciou a análise por uma angústia esmagadora diante da possibilidade de perder seu emprego e "terminar desgraçada e na sarjeta". Temia que descobrissem que, durante anos, ela tinha-se virado no trabalho "juntando" pequenas notícias e informações recolhidas nas conversas com seus colegas. Toda sua carreira parecia uma simulação prestes a ser desmascarada.

Nos anos que precederam o começo da análise, a paciente se casara e se divorciara duas vezes, ambas as vezes com homens de famílias socialmente proeminentes, que ela considerava muito bonitos. Nas relações sexuais, a paciente não sentia uma excitação sexual própria, mas tinha muito prazer com a sensação de poder levar o marido a uma grande excitação sexual. Depois de conseguir isso, imaginava conscientemente que iria roubar seu pênis ereto durante o ato sexual. Nessa fantasia, a paciente observava silenciosamente a cena a uma grande distância psicológica. Já que para a Dra. M. a demonstração da intensidade da excitação sexual do seu marido era um ponto tão crítico da cena sexual, estimulava seu parceiro sexual a extremos físicos que, uma vez, levaram seu segundo marido a fraturar acidentalmente uma de suas (dela) costelas durante a relação sexual.

No primeiro ano de análise, a Dra. M. me dizia no final de cada sessão que viria me ver no dia seguinte e mencionava a hora exata da nossa sessão. Isso era feito com a intenção consciente de me lembrar de que tínhamos uma sessão marcada no dia seguinte e a que horas a sessão devia começar. Esse 'lembrete' (uma acusação muda de que eu esqueceria a sessão se não fosse lembrado) era uma maneira poderosa de me provocar raiva. A paciente tinha plena convicção de que causar minha raiva era uma das poucas maneiras que tinha de despertar interesse por ela ou até de ser lembrada.

À medida que a análise prosseguia, ficou cada vez mais evidente que a Dra. M. não falava com o propósito de refletir sobre seu mundo interno ou comentar sobre experiências passadas ou presentes. Parecia não ter virtualmente nenhum interesse em nada que pudesse pensar, sentir ou dizer. O ato de falar parecia servir apenas a uma função: *me* fazer falar. Quando lhe apontei esse fato, ela, sem hesitar, reconheceu que era isso mesmo. A paciente sentia que os únicos eventos na análise que tinham qualquer importância eram as intervenções que eu fazia, fossem elas confrontações, interpretações ou esclarecimentos. Até minhas perguntas eram sentidas como valiosas porque refletiam o modo como eu pensava e o que eu considerava importante. A paciente mantinha um diário no qual anotava os eventos de cada sessão. Anos mais tarde, disse-me que só escrevia o que conseguia lembrar do que eu dissera e não tinha nenhuma referência a qualquer de seus pensamentos ou comentários. (Vivenciei a pronta confirmação de minhas interpretações por parte da Dra. M. como enlouquecedora, já que o seu "é isso mesmo" firme e não auto-reflexivo era apenas mais uma manifestação do seu

interesse exclusivo em deslindar meus pensamentos e comentários).

Num certo momento, interpretei que a paciente sentia ser impossível para ela criar qualquer coisa de valor e que essa crença levava-a a se comportar como se todo o universo da análise estivesse em mim. Além disso, a fantasia que a paciente tinha em relação ao processo de análise continha uma visão do paciente absorvendo passivamente minhas formas internas por meio das idéias e sentimentos que eu lhe comunicava. Ela rapidamente concordou que era isso o que queria e esperava da análise.

Uma história foi sendo apresentada pouco a pouco, em pedacinhos, durante vários anos. A Dra. M. contou-me sobre memórias e fantasias da infância, de um modo que sugeria que a informação me estava sendo dada para que eu a ajudasse nas suas dificuldades, enquanto ela permanecia totalmente passiva. Em outras palavras, não eram memórias sobre as quais refletisse ou em relação às quais tivesse curiosidade; eram dados oferecidos a mim com o propósito de que eu lhes desse sentido e os interpretasse para ela.

A Dra. M. relatou ter tido fantasias infantis conscientes, nas quais seu pai idealizado (descrito às vezes como "maravilhoso" e, outras vezes, como deprimido, retraído e profundamente dominado por sua esposa e sua mãe) parecia ser sua única fonte de valor e força. Contudo, essa força era emprestada e a paciente só podia apropriar-se dela brevemente, nunca chegando a ser uma posse permanente e integrada. Quando criança, desenvolveu uma forma repetitiva e compulsiva de brincar, na qual pedaços de papel, clipes, tampas de garrafa, etc., eram distribuídos em esconderijos por toda a casa e costumavam representar "fórmulas mágicas" que lhe tinham sido dadas por

seu pai. Cada fórmula mágica lhe proporcionava uma forma de poder específica, por exemplo, a habilidade de correr rápido numa determinada corrida fantasiada, agir corajosamente em face de um perigo específico, demonstrar inteligência em momentos-chave, etc. A natureza temporária e não-integrada da 'internalização' se refletia no fato de que fragmentos do poder paterno eram denominados "fórmulas mágicas", ou seja, forças mágicas, egodistônicas, produzidas externamente.

A Dra. M., a segunda de três filhos, sentia que sua mãe lhe recusava odiosamente todo seu amor, ao passo que doava generosamente sua afeição para o irmão e a irmã da paciente. A paciente foi considerada mentalmente retardada por seu professor de primeiro ano, que sugeriu aos seus pais que ela passasse por testes psicológicos. Os testes revelaram que a paciente tinha uma inteligência superior. Apesar disso, a Dra. M. não mostrava até o terceiro ano nenhum indício de ser capaz de ler. (A paciente, na verdade, aprendeu a ler no segundo ano, mas manteve esse desenvolvimento em segredo por prazer).

Para ser breve, descreverei o que acabei compreendendo no decorrer dos vários anos de trabalho com a Dra. M., sem apresentar um relato detalhado do processo analítico no qual essa compreensão se desenvolveu. A paciente parecia vivenciar minhas interpretações (e qualquer outra coisa que eu dissesse) como 'fórmulas mágicas', como atos mágicos por meio dos quais conteúdos internos idealizados (e, ao mesmo tempo, denegridos) lhe eram momentaneamente emprestados para serem imediatamente exauridos, deixando-a tão vazia e impotente como antes. A Dra. M. tentava ocultar a alegria e a excitação com a qual recebia uma interpretação, na medida em que viven-

ciava o evento como se tivesse conseguido, por intermédio de uma trapaça, extraí-lo, roubá-lo, persuasiva e sedutoramente de mim. Temia que se eu percebesse a qualidade da satisfação e da excitação que vivenciava, compreenderia a dependência desesperada que sentia em relação a mim e, ou me revoltaria e me assustaria com a enormidade de sua alegria e excitação, ou, de modo sádico, a atormentaria e a manteria refém para sempre, enquanto roubava seu dinheiro (sua vida).

Ao mesmo tempo, a Dra. M. se ressentia dos objetos internos mágicos emprestados/roubados adquiridos de mim. Ela sentia que eu era odiável por torturá-la com esses objetos emprestados/roubados, enquanto eu permanecia relutante em libertá-la de sua dependência para comigo. Vivenciava-me como alguém que retinha cruelmente o reconhecimento de que ela era alguém capaz de ter forças (por exemplo, senso de humor) outras que as emprestadas de mim. Os ataques de raiva da Dra. M. às minhas partes introjetadas (minhas interpretações) ajudavam a estabelecer um ciclo vicioso no qual ela permanecia incapaz de aprender (incapaz de fazer uso de qualquer coisa que eu dissesse). (Cada aspecto dessa forma de relação e as fantasias subjacentes a ela eram plena e repetidamente interpretadas e recebidas pela paciente da forma que estou descrevendo).

Passei a considerar o uso que a Dra. M. fazia das interpretações como uma forma de perversão, na qual ela compulsiva e excitadamente transformava cada uma de minhas interpretações numa fórmula mágica erotizada. (Foi apenas muito mais tarde, na análise, que a paciente se deu plenamente conta de que a natureza da excitação que sentia ao receber uma interpretação era "como uma carga elétrica que a

percorria e que fazia [seu] corpo formigar". Acabou reconhecendo esse sentimento como uma forma de excitação sexual).

Entendi o uso que a paciente fazia de minhas intervenções como uma tentativa inconsciente de criar sensação de um *self* vivo a partir dos conteúdos emprestados/roubados de seus pais. Mesmo interpretações relativas ao uso que a paciente fazia das interpretações (isto é, a interpretação da transferência "em termos de *situações totais*"). [Joseph 1985, Klein 1952b; ver também capítulo 8] eram imediatamente incorporadas ao drama perverso. Em outras palavras, cada tentativa de interpretar o uso da minha fala feito pela paciente, com o propósito de trazê-la à vida da forma descrita, era, por sua vez, transformada por ela em mais uma cena do drama.

Precisei de bastante tempo para avaliar plenamente o quanto a forma de relação acima descrita impedia a Dra. M. de produzir qualquer pensamento original no discurso analítico. Eu tinha subestimado a extensão da paralisia de pensamento da paciente. Minha cegueira para esse aspecto da interação terapêutica resultava, em parte, do fato de que a Dra. M. era capaz de descrever sua experiência de uma forma que freqüentemente tinha a aparência de um *insight* e de uma reflexão sobre si mesma. Era extremamente atenta a certos tipos de detalhes do *setting* analítico, por exemplo, percebia se a almofada da poltrona de minha sala estava amarrotada, de modo a sugerir que alguém estivera reclinado sobre ela de uma maneira que ela nunca vira antes: "Deve ter havido uma nova paciente 'descansando' sedutoramente na sua cadeira." Tais fantasias pareciam, de início, ricas, mas com o passar do tempo ficou claro que as fantasias da

paciente estavam restritas a um único tema com leves variações: parecia que uma festa interminável transcorria na minha vida interpessoal (por exemplo, minhas relações amorosas com minha esposa, minha apreciação romântica e intelectual de meus pacientes, meus flertes e casos com supervisionandas, etc.) e na minha vida interna (os pensamentos interessantes e cheios de *insights* que eu estava pensando e a riqueza da minha criatividade).

No decorrer dos primeiros cinco anos de análise, a Dra. M. fez progressos substanciais em vários aspectos da sua vida. Por exemplo, desenvolveu a capacidade de aprender num âmbito acadêmico, possibilitando assim que, pela primeira vez na vida, se engajasse numa atividade de pesquisa que refletisse suas próprias idéias. Deu grandes passos para se tornar um membro bem sucedido, criativo e respeitado no seu campo. Sua capacidade de tomar decisões e organizar sua vida melhorara dramaticamente. Contudo, sua capacidade para desenvolver relações, tanto com homens quanto com mulheres, continuava impedida. A satisfação que tirava dos aspectos interpessoais de seu trabalho fez com que percebesse de uma nova maneira o quanto era incapaz de desenvolver quer relações romântico-sexuais com homens, quer amizades íntimas com mulheres. (Apesar do fato de a Dra. M. ter desenvolvido a capacidade de vivenciar uma excitação sexual que sentisse como sua e de ser capaz de ter orgasmo pela primeira vez, não era capaz de ter um relação íntima e excitante com homens de quem gostasse ou que respeitasse).

A Dra. M. tomou consciência de sua solidão de uma forma que descreveu como "agoniante". Agora podia vivenciar e observar mais plenamente aspectos

do conflito central que constituía a transferência-contratransferência: sentia-se insuportavelmente só e queria desesperadamente "deixar-me entrar", mas, ao mesmo tempo, sentia tanta raiva de mim por minha "relutância em ajudá-la" (isto é, pensar por ela) que jurou nunca permitir submeter-se a mim tratando-me como uma "pessoa real". Ela, às vezes, comentava que se sentia tão furiosa comigo que ficava realmente surpresa pelo fato de nenhum paciente ter-me assassinado.

Apesar das mudanças psicológicas ocorridas em alguns setores da vida da paciente, a perversão do processo interpretativo continuava na análise e implicava a rejeição de qualquer discurso produtivo com alguma sustentação. Quando esse discurso se instalava, ainda que brevemente, era invariavelmente seguido por semanas ou meses de retraimento por parte da paciente, num intenso ataque ao discurso analítico por meio da atuação de uma fantasia de um discurso/relação sexual 'árido', mas agora consciente, envolvendo um pai torturador e, em última instância, impotente e uma mãe intocável. Esse discurso-relação-sexual sem vida era observado de longe pela paciente em seu papel de criança excluída e excitada, fazendo de conta que não entendia o que estava vendo (seu 'pseudo retardo mental').

Numa sessão durante essa fase do trabalho, fiz uma interpretação relacionada com a seqüência engajamento e retraimento angustiado, que acabei de descrever. A paciente respondeu fazendo-me uma série de perguntas sobre minha interpretação: se eu achava que isso era algo que ela fazia todas as vezes que começava a estar presente na sala comigo? como ela podia impedir-se de se retrair do modo como eu descrevia? Se eu achava que ela fizera isso desde o

começo da análise ou estava referindo-me apenas àquela sessão ou, talvez, às últimas sessões? Nesse momento, deu-se uma mudança emocional em mim, a qual me fez responder de um modo diferente do que eu fizera até então. Ao invés de sentir raiva, senti tristeza e uma profunda sensação de desespero. Essa mudança transferencial-contratransferencial contribuiu para a minha decisão de tomar uma direção interpretativa mais baseada na ação.

Reagi a cada uma das perguntas acima descritas com uma forma de silêncio que, tanto eu quanto a paciente, vivenciamos como tendo uma qualidade indiscutivelmente diferente de outros silêncios que já tinham ocorrido na análise. Os silêncios naquela sessão estavam repletos de uma intensidade de sentimento que serviu como uma interpretação que não poderia ter sido feita em palavras devido à perversão da linguagem atuada na análise. Essa nova forma de silêncio constituiu um ato interpretativo, uma interpretação não expressa em palavras e, portanto, fora (até certo ponto) do campo de poder da transformação perversa da linguagem. Na transferência-contratransferência, a perversão me fazia desempenhar o papel do pai idealizado-impotente, enquanto a paciente estava predominantemente identificada com a mãe impenetrável e a criança escondida, observadora, invejosa, excluída, superexcitada.

Os silêncios em questão tinham a intenção de transmitir uma compreensão que fora desenvolvida e apresentada à paciente muitas vezes durante a análise, mas que, até aquela ocasião, fora imediata e sistematicamente transformada e tornada ineficaz quando ela as incorporava na cena seguinte do drama perverso. Os significados transmitidos por meu silêncio

deliberado (significados estes que eu articulava para mim mesmo) incluíam a idéia de que a paciente sabia perfeitamente que suas perguntas não eram parte de um discurso no qual ela tentava desenvolver uma maior compreensão de si mesma com vistas a um crescimento psicológico; suas perguntas representavam uma acusação raivosa de que eu a estava excluindo com ódio das riquezas de meu mundo interno (na transferência materna e paterna), que ela queria espoliar e armazenar e, ao mesmo tempo, atacar e estragar invejosamente. Ela também sabia que se eu respondesse suas perguntas, ela sentiria um alívio momentâneo por possuir uma dessas minhas partes (uma das minhas fórmulas mágicas), mas quase imediatamente ficaria enfurecida comigo. Sua raiva refletiria sua sensação de que eu a estava obrigando a uma escravidão, por impedi-la de desenvolver a capacidade de criar pensamentos, sentimentos e sensações que pudesse experimentar como próprios.

A resposta inicial da Dra. M. ao meu silêncio-interpretação foi lançar mais perguntas zangadas-provocativas. Mudou em seguida para uma série de descrições, desprovidas de afeto, de eventos correntes da sua vida, como se tentasse cumprir com o que sentia ser uma demanda de que ela conduzisse a análise sozinha sem nenhuma ajuda minha. (A tristeza e desespero que eu sentia continuavam e vinham acompanhados de um crescente sentimento de solidão. Eu percebia a futilidade da atividade frenética da paciente, e, pela primeira vez, não tinha certeza de que poderia ajudá-la).

A Dra. M. começou a sessão seguinte anunciando que estava tendo grandes dificuldades econômicas e que teria de diminuir a freqüência de nossas sessões, de cinco para quatro por semana. Isso representava

uma provocação bastante transparente num esforço para extrair palavras (fórmulas mágicas) de mim. Sentia que qualquer esforço que eu fizesse para interpretar a raiva da paciente e seus sentimentos de isolamento, aliados a seus esforços para extrair fórmulas mágicas de mim, simplesmente perpetuaria o drama perverso. Conseqüentemente, escolhi interpretar com silêncio, apesar do perigo de estar trocando uma forma de drama perverso por outra, ou seja, invertendo os papéis, numa relação sado-masoquista, e intensificando ainda mais os sentimentos de isolamento, da paciente (e meus). Considerei também, pela primeira vez, a possibilidade de a paciente cometer suicídio. Meu silêncio tinha, de novo, a intenção de transmitir minha sensação de que a própria paciente poderia fazer uma interpretação da transferência, e que não fazê-lo refletia uma forma de perversão da linguagem e do pensamento que vinha sendo atuada entre nós. A medida do valor do silêncio como ação interpretativa dependeria do grau em que o silêncio serviria para expandir o espaço analítico. Em outras palavras, o silêncio iria facilitar a capacidade de simbolização da experiência consciente e inconsciente (enriquecer a "dialética dos modos de produzir experiência [Ogden 1989a]), ou o silêncio iria rejeitar o uso de símbolos e reduzir a interação analítica a uma série de evacuações reflexivas de experiências de isolamento não-mediadas (que a paciente ainda não era capaz de vivenciar como tristeza). De modo intermitente, durante esse período, eu disse à paciente que achava que ambos sabíamos que pensar por ela criaria a ilusão de uma análise, mas que nada iria surgir de uma repetição infindável de meus pensamentos substituindo o que poderia tornar-se sua própria capacidade de

pensar e sentir seus próprios pensamentos, sentimentos e sensações. Essa era uma idéia que eu discutira com a Dra. M. várias vezes durante os anos anteriores. Apesar disso, eu sentia ser importante continuar a apresentar a ela minha compreensão das razões pelas quais eu estava me comportando dessa forma na análise (Boyer 1983, comunicação pessoal).

Muitos meses depois, ocorreu uma sessão singular, no sentido de que o silêncio como ação interpretativa se tornou o contexto principal *para* e *da* sessão. A Dra. M. vivenciou, de um modo muito mais pleno e claro do que fizera em qualquer outro momento na análise, os elementos do conflito interno que até aquela ocasião quase só tinham aparecido sob a forma da perversão da linguagem e do pensamento que descrevi. A Dra. M. falou sobre acontecimentos atuais no seu trabalho, os quais estavam mudando para melhor, em decorrência de sua capacidade de se vivenciar como uma pessoa que tem o direito de falar e de se comportar como uma autoridade (alguém que pode pensar e falar seus pensamentos). Interrompeu seu discurso e disse: "Está bem, eu quis uma resposta sua em cada momento hoje. Eu *estou* curiosa para saber por que preciso escutar uma resposta sua para cada sentença que pronuncio." (Numa outra sessão, eu perguntara à Dra. M. se ela sentira curiosidade sobre seu comportamento numa situação que ela estava descrevendo.) Depois de três minutos de silêncio, a paciente protestou novamente, dizendo que não conseguia pensar – podia dormir, mas não podia pensar. Interessou-me sua referência ao sono e (silenciosamente) me perguntei se ela tinha começado a conseguir lembrar-se dos seus sonhos. A paciente relatara muito poucos sonhos até então na análise, e aqueles que tinham sido relatados haviam sido

uma provocação bastante transparente num esforço para extrair palavras (fórmulas mágicas) de mim. Sentia que qualquer esforço que eu fizesse para interpretar a raiva da paciente e seus sentimentos de isolamento, aliados a seus esforços para extrair fórmulas mágicas de mim, simplesmente perpetuaria o drama perverso. Conseqüentemente, escolhi interpretar com silêncio, apesar do perigo de estar trocando uma forma de drama perverso por outra, ou seja, invertendo os papéis, numa relação sado-masoquista, e intensificando ainda mais os sentimentos de isolamento, da paciente (e meus). Considerei também, pela primeira vez, a possibilidade de a paciente cometer suicídio. Meu silêncio tinha, de novo, a intenção de transmitir minha sensação de que a própria paciente poderia fazer uma interpretação da transferência, e que não fazê-lo refletia uma forma de perversão da linguagem e do pensamento que vinha sendo atuada entre nós. A medida do valor do silêncio como ação interpretativa dependeria do grau em que o silêncio serviria para expandir o espaço analítico. Em outras palavras, o silêncio iria facilitar a capacidade de simbolização da experiência consciente e inconsciente (enriquecer a "dialética dos modos de produzir experiência [Ogden 1989a]), ou o silêncio iria rejeitar o uso de símbolos e reduzir a interação analítica a uma série de evacuações reflexivas de experiências de isolamento não-mediadas (que a paciente ainda não era capaz de vivenciar como tristeza). De modo intermitente, durante esse período, eu disse à paciente que achava que ambos sabíamos que pensar por ela criaria a ilusão de uma análise, mas que nada iria surgir de uma repetição infindável de meus pensamentos substituindo o que poderia tornar-se sua própria capacidade de

pensar e sentir seus próprios pensamentos, sentimentos e sensações. Essa era uma idéia que eu discutira com a Dra. M. várias vezes durante os anos anteriores. Apesar disso, eu sentia ser importante continuar a apresentar a ela minha compreensão das razões pelas quais eu estava me comportando dessa forma na análise (Boyer 1983, comunicação pessoal).

Muitos meses depois, ocorreu uma sessão singular, no sentido de que o silêncio como ação interpretativa se tornou o contexto principal *para* e *da* sessão. A Dra. M. vivenciou, de um modo muito mais pleno e claro do que fizera em qualquer outro momento na análise, os elementos do conflito interno que até aquela ocasião quase só tinham aparecido sob a forma da perversão da linguagem e do pensamento que descrevi. A Dra. M. falou sobre acontecimentos atuais no seu trabalho, os quais estavam mudando para melhor, em decorrência de sua capacidade de se vivenciar como uma pessoa que tem o direito de falar e de se comportar como uma autoridade (alguém que pode pensar e falar seus pensamentos). Interrompeu seu discurso e disse: "Está bem, eu quis uma resposta sua em cada momento hoje. Eu *estou* curiosa para saber por que preciso escutar uma resposta sua para cada sentença que pronuncio." (Numa outra sessão, eu perguntara à Dra. M. se ela sentira curiosidade sobre seu comportamento numa situação que ela estava descrevendo.) Depois de três minutos de silêncio, a paciente protestou novamente, dizendo que não conseguia pensar – podia dormir, mas não podia pensar. Interessou-me sua referência ao sono e (silenciosamente) me perguntei se ela tinha começado a conseguir lembrar-se dos seus sonhos. A paciente relatara muito poucos sonhos até então na análise, e aqueles que tinham sido relatados haviam sido

apresentados ou com nenhuma associação, ou como imitações mecânicas de associações.

A Dra. M. continuou com suas manobras habituais, num esforço para me fazer falar, mas havia nela algo sutilmente diferente, que eu não conseguia nomear. No meio da sessão, a Dra. M. deu uma olhada na sala (mas não se virou no divã para olhar para mim) e perguntou: "Você mudou sua sala". Não respondi. "Parece que está se movendo para o lado. As rachaduras na parede aumentaram. O que você acha?"

Apesar do fato de metade das frases da paciente serem perguntas, ela não parecia esperar/demandar respostas de mim. Mais importante, havia algo bastante imaginativo e tingido de um certo humor sobre si mesma, no que estava dizendo e na forma como estava dizendo. Sua sensação de mudança na relação comigo estava sendo descrita por meio da vivência físico-sensorial de uma mudança no espaço analítico – havia movimento ocorrendo no presente momento, e este tinha uma qualidade de movimento 'lateral' (um trocadilho com movimento 'literal') no espaço analítico e de um decréscimo na intensidade das barreiras ao discurso reflexivo (as rachaduras maiores na parede). Apresentar minha compreensão do sentido desses comentários teria usurpado os primórdios da capacidade da Dra. M. para pensamentos imaginativos, e é muito provável que teria levado a paciente a retornar ao terreno conhecido da repetição, na transferência, de uma dependência perversa de mim como fonte de tudo o que é bom e valioso.A paciente começou a sessão do dia seguinte dizendo que tivera um sonho na noite anterior. Ao acordar no meio da noite pensou em anotá-lo, mas achou que estava tão vivo que não poderia esquecê-lo. Mas

agora não era capaz de se lembrar de qualquer coisa do sonho.

Disse-lhe que parecia que começara a pensar enquanto dormia, mas estava angustiada com a perspectiva de pensar enquanto estava comigo. Ela disse ter certeza de que o sonho era a respeito de ela ser incapaz de pensar, mas que não sabia por que estava convencida disso. A Dra. M. continuou, dizendo que estava perdendo peso e estava aproximando-se de um peso em que ela "perde seus seios". (Achei que ela estava me acusando de estar intencionalmente retirando meus próprios seios, de forma que não houvesse leite para ela. Imaginei que ela sentisse que nós dois preferiríamos morrer de fome [matar a análise] a dar qualquer coisa [ou perder alguma coisa] para o outro. A Dra. M. acrescentou ter certeza de que eu não percebera que ela tinha perdido peso. A sessão esteve preenchida de tentativas iradas de fazer com que eu lhe desse interpretações. Em certo momento, pediu-me que lhe dissesse quanto tempo ainda tínhamos de sessão, apesar do fato de ela estar usando relógio. Eu lhe disse que olhar o próprio relógio (dela) não seria o mesmo que eu lhe dizer as horas. Ela vociferou em resposta: "Não, isso não me ajudaria. O seu tempo é o único que importa." (A Dra. M. me dissera antes que ela nunca sabe a hora certa porque sempre mantém todos os seus relógios em horas ligeiramente diferentes).

A sessão continuou com mais perguntas da paciente, que foram 'interpretadas' com silêncio para ela e com palavras para mim. (Um aspecto importante de uma ação interpretativa é que o analista formule de maneira consistente para ele mesmo o desdobramento da interpretação em termos verbais. Na ausência de tais esforços, a idéia da ação

interpretativa pode degenerar na racionalização por parte do analista de um *acting out* impulsivo e sem auto-reflexão).

Perto do final da sessão, a paciente contou minuciosamente ter visto, na noite anterior, uma pessoa sem teto mendigando dinheiro quando ela e seus pais estavam prestes a entrar num restaurante muito elegante. (Eu entendi a cena como uma descrição do sentimento da paciente de intensa privação na sessão comigo.) A paciente disse, então, que agora conseguia lembrar-se do sonho da noite anterior. Nele, um homem estava despejando champanhe caro no copo dela, no restaurante onde foram jantar. O champanhe era maravilhoso e borbulhante, mas ficou sem gás assim que entrou no corpo. A paciente acordou do sonho num estado de intensa angústia.

A Dra. M. disse: "é assim que me sinto com você, sinto-me desesperada, como uma pessoa sem teto e te mataria se tivesse coragem, mas, quando você me dá algo, essa coisa logo em seguida fica sem gás. Eu devo matá-lo de algum jeito, mas não sei como o faço e porquê." (Embora houvesse uma notável vitalidade nas primeiras partes da fala da Dra. M., a última parte dos comentários da pacientes quanto ao seu próprio papel, de atacar minhas interpretações, me parecia rotineira e obediente).

A Dra. M. não fez uma pergunta logo depois de seus comentários como sempre fizera. Contudo, depois de uma pequena pausa, voltou a me perguntar sobre a hora, de um modo que me convidava a interpretar a conexão entre essa demanda, as imagens do sonhos, e o relato sobre a pessoa sem teto. Respondi novamente com silêncio, pretendendo renovar a elaboração interpretativa da perversão da linguagem e do pensamento.

O movimento analítico (vivenciado pela paciente sob a forma da experiência do movimento físico da minha sala) continuou, nessa fase do trabalho. O notável, entre as mudanças no processo analítico que ocorreram, foi o aparecimento, pela primeira vez na análise, de vários lapsos de linguagem em quase todas sessões. A paciente ficava embaraçada com os lapsos, mas também parecia dar-lhes as boas-vindas e se interessar por eles. Por exemplo, ao falar sobre o prazer incomparável que extraía da sensação de poder que sentia ao conseguir tirar uma interpretação de mim, a Dra. M. inconscientemente substituiu a palavra *power* (poder) por *powder* (pó). Associou *powder* com as cinzas da cremação e com seus sentimentos de morte e extremo desligamento, que eram inseparáveis (e, às vezes, indistinguíveis) da excitação sexual ligada à aquisição de minhas fórmulas mágicas. Mais importante, havia uma sensação diferente, produzida nesse intercâmbio, de que esses pensamentos eram da paciente, embora eu não tivesse feito nenhum comentário nesse sentido, num esforço para não transformar seus pensamentos em algo diferente do que ela tinha criado. Parecia que, 'apesar dela mesma', a Dra. M. estava inconscientemente se permitindo, nesses lapsos, começar a vivenciar e criar uma voz para aspectos próprios, voz esta que até esse momento só estivera presente de uma forma estrangulada, natimorta, ou seja, sob a forma da relação transferencial-contratransferencial organizada em torno da perversão da linguagem e do pensamento, que foi discutida.

Ilustração clínica II: ação interpretativa como um estágio prematuro da interpretação

Durante a conversa telefônica anterior à nossa primeira sessão, o Sr. P. me disse que seu casamento de 18 anos estava uma 'confusão', que estava apaixonado e tendo um caso "intensamente passional" com a esposa do seu melhor amigo, e que sua vida estava numa "espiral descendente". Quando o paciente entrou em minha sala para a sessão inicial, tinha o aspecto de um homem arruinado. A intensidade de seu desespero e angústia enchiam a sala. O Sr. P. estendeu-me um maço de papéis e me explicou serem poemas de amor por ele reunidos e que, pensara, iriam me ajudar a entender o sentimento que estava tendo em relação à mulher que mencionara pelo telefone. A rendição abjeta transmitida pela expressão facial e pelos movimentos corporais do paciente quando me ofereceu os papéis tiveram o efeito de um apelo; dava a sensação de que seria cruel e desumano não aceitar seu gesto. Percebi que havia algo levemente afeminado na aparência do paciente e em sua maneira de falar.

Imediatamente depois dessas impressões iniciais momentâneas, mas ainda dentro do período de segundos durante os quais a mão do paciente estava estendida, desenvolvi uma sensação diferente, de que o paciente estava me convidando a entrar num tipo de cena homossexual sadomasoquista. Nessa cena, imaginei que, ou eu me submeteria a ele, e seus conteúdos 'amorosos' (concretamente representados pelos poemas) seriam forçados para dentro de mim, ou eu seria levado a uma recusa sádica desses conteúdos, e, assim, demonstraria meu poder sobre

ele (talvez por meio de uma interpretação 'forçada' do desejo do paciente de descarregar seus objetos internos destrutivos dentro de mim).

Com base nessas respostas extremamente rápidas (muito pouco simbolizadas verbalmente) ao se que estava revelando nos segundos de abertura da análise, eu disse ao Sr. P. que levaríamos um certo tempo para compreender algo do que acabara de transpirar entre nós, e que, portanto, eu sugeria que por enquanto ficasse com os poemas. Nos minutos seguintes, dei-me conta cada vez mais de que eu não quisera tocar os papéis que o Sr. P. me oferecera e que sentira uma aversão ainda maior frente à idéia de tocar a mão dele. Eu sentia que aceitar aqueles papéis teria equivalido a participar de uma forma singular de fantasia sexual, que eu sentia estar subjacente ao que estava sendo atuado na sua ocupação da cama do melhor amigo. Levantei uma hipótese altamente condensada e pouco articulada de que, ao ter um caso com a esposa de seu melhor amigo, o Sr. P. tinha, na sua fantasia inconsciente, posto seu pênis onde o pênis do seu 'melhor amigo-pai' estivera. Dessa forma, tinha feito sexo com seu pai, evitando, ao mesmo tempo, a consciência da homossexualidade do ato, já que o encontro do pênis de seu pai com o seu se dera na vagina da sua mãe.

Considerei meus pensamentos-hipóteses sobre o significado incestuoso-homossexual do que acabara de acontecer na sessão como uma forma de "rêverie" (Bion, 1962a) que refletia a experiência em (do) um terceiro-analítico intersubjetivo que fora produzido pelo Sr. P. e por mim mesmo quando o Sr. P. se apresentou para mim. Estou mencionando esses pensamentos por duas razões. Em primeiro lugar, formaram a base de interpretações transferenciais

mais plenamente elaboradas – que foram discutidas com o paciente em pequenas porções durante a sessão e nas várias sessões que se seguiram –, em relação à angústia do paciente sobre começar uma análise comigo. O nível consciente das angústias do paciente (que foram discutidas pelo Sr. P. mais tarde durante a sessão) estava relacionado a seus medos de quebra de sigilo, a fantasia de me encontrar em situações fora do *setting* analítico, e o fato de ele já saber coisas sobre mim por meio dos meus textos, que o excitavam e faziam com que sentisse que poderíamos ter uma relação especial.

Em segundo lugar, menciono essas rêveries-hipóteses porque sinto que esses pensamentos e sentimentos não teriam sido discerníveis para mim se eu tivesse acedido à oferta dos poemas, num esforço 'empático' para aceitar a expressão de sua necessidade de ser entendido. Não aceitar os poemas permitiu que um espaço psicológico se criasse, no qual os poemas pudessem ser criados (e eventualmente compreendidos) como um "objeto analítico" (Green, 1975; ver também capítulo 5). A intervenção (o ato de não aceitar os poemas, em conjunção com o tom e o conteúdo dos comentários que fiz ao Sr. P. sobre minhas razões para não aceitá-los) representavam não apenas um modo de tentar criar um "espaço analítico" (Ogden, 1986, Viderman 1979), representavam um estágio precoce de interpretação, que comunicava os elementos essenciais do que seria oferecido, durante várias sessões, como um conjunto de interpretações verbalmente simbolizadas. A interpretação em ato representou uma forma de comunicação da minha tentativa de compreensão inicial dos seguintes significados transferenciais-contratransferenciais inconscientes: a intensidade e o caráter desesperado da necessidade do

paciente de colocar algo dentro de mim (os papéis na minha mão, a poesia na minha mente e corpo) refletiam seu sentimento de que não suportaria viver com a paixão e o medo destrutivos e descontrolados que sentia estarem consumindo-o. Sentia ser imperativo que a paixão destrutiva fosse evacuada dentro de mim, de modo que pudesse libertar-se dela, permanecendo ao mesmo tempo ligado a mim. Ao mesmo tempo, sentia que o Sr. P. desejava fazer uso de mim como analista, no seu esforço para se desenredar da teia de dolorosas relações de objeto internas e externas pelas quais se sentia irremediavelmente apanhado. Tudo isso foi discutido pouco a pouco com o paciente, no decorrer das primeiras poucas sessões, usando uma linguagem muito similar à que estou usando aqui.

Em resumo, minha afirmação bastante prosaica de que levaria um certo tempo até entendermos algo do que transpirava entre o Sr. P. e eu e minha sugestão de que ele ficasse com as poesias no entretempo representou mais do que um esforço para estabelecer um espaço analítico dentro do qual fosse possível pensar sobre o que estava sendo atuado. Igualmente importante foi o fato de que a afirmação representou uma forma de interpretação transferencial sob a forma de uma ação que emergiu da minha experiência no (e do) terceiro-analítico intersubjetivo.

Minha experiência *no* e *do* terceiro intersubjetivo me levou a formular a interação de abertura da análise em termos de fantasias incestuosas/homossexuais inconscientes que faziam o paciente se sentir em perigo de ser esmagado. A tentativa de me mostrar seus poemas de amor era uma comunicação altamente específica sobre seu mundo de objetos internos.

O conteúdo semântico das palavras que usei não delineava minha hipótese sobre a natureza da fantasia

inconsciente incestuosa/homossexual da qual eu estava sendo convidado a participar. Ter oferecido a interpretação numa forma verbalmente simbolizada nesse ponto teria equivalido a participar do drama sexual fantasiado, no papel do parceiro homossexual invasivo. Contudo, minha recusa em aceitar os poemas foi mais do que uma recusa genérica de me comprometer num *acting-in* com um paciente; foi uma recusa em fazer parte de uma fantasia inconsciente particular, vivenciada no terceiro-analítico (experiência esta que eu estava formulando para mim mesmo numa forma verbalmente simbólica). Em conseqüência, minha ação verbal estava carregada de sentidos (tentativas de compreensão da transferência-contratransferência) que constituíram um estágio precoce do que seria oferecido mais tarde ao paciente como interpretação transferencial verbalmente simbolizada. (A elaboração subseqüente em palavras, da compreensão inicial, oferecida sob a forma de uma ação interpretativa, assim como a exploração do sentido para o analisando da experiência da própria ação interpretativa, são partes inseparáveis dessa forma de intervenção interpretativa.)

Ilustração clínica III: ação interpretativa na área de fenômenos transicionais

No próximo exemplo, a interpretação em ato foi oferecida no contexto de um campo transferencial-contratransferencial no qual fenômenos transicionais (Winnicott, 1951) eram de importância central. Embora a interpretação que será discutida tenha sido apresentada sob a forma de uma pergunta, o sentido da interpretação foi transmitido tanto *pela vivência da intervenção como um fenômeno transicional* quanto pelo conteúdo semântico das palavras.

A Dra. L., uma analista em supervisão comigo, vinha trazendo durante anos um caso bastante difícil de sua clínica. A paciente, Sra. D., uma mulher extremamente inteligente, de pouco mais de trinta anos, estivera tão incapacitada devido a fobias (em particular, claustrofobia) e angústias perante sua impossibilidade de pensar, que ela nunca fora capaz de trabalhar ou de fazer seu doutorado. (Levara oito anos para terminar um mestrado.) Além dos sintomas fóbicos, a paciente se masturbava compulsivamente, por meio de uma fantasia central em que era estimulada sexualmente por vários homens contra a sua vontade (geralmente amarrada ou sendo ameaçada). Embora a paciente às vezes estabelecesse relações com homens, não tivera nenhuma outra experiência sexual além da masturbação.

A Sra. D. chegou a uma sessão, no seu quarto ano de análise, dizendo que um amigo lhe dera um dos artigos sobre psicanálise publicados pela analista. O amigo da paciente, um doutorando em psicologia, não sabia o nome da analista da Sra. D., já que a identidade da analista era, para a paciente, um segredo guardado a sete chaves (vergonhoso). A Sra. D. disse que ainda não lera o artigo porque queria, antes, discutir seus sentimentos sobre isso, e escutar o que a analista pensava sobre o assunto.

A paciente disse que gostaria de ler o artigo embora estivesse com medo de não entendê-lo. A analista se deu conta de que estava angustiada frente à possibilidade de a paciente conhecer um discurso (entre ela e seus colegas) que era privado. A Dra. L. me disse que tivera a fantasia de nunca mais conseguir escrever se essa área privada fosse invadida pela paciente. A analista também tivera fantasias de que a paciente se reconheceria no artigo, apesar do fato

de a Dra. L. nunca ter escrito sobre seu trabalho com a Sra. D.

Na supervisão em que a Dra. L. discutiu essa sessão comigo, esses sentimentos contratransferenciais foram compreendidos como reflexo de uma fantasia inconsciente (da Dra. L.) de que a paciente teria descoberto o segredo vergonhoso da Dra. L., de desejar observar com excitação as relações sexuais de seus próprios pais. O resultado disso seria não só a punição de ficar paralisada nos seus escritos (o registro de seus *insights*), mas também de ser "desmascarada" pela paciente.

As tentativas de compreensão e interpretação, ao longo dos anos, dos sentimentos de vergonha da paciente por estar em análise, indicavam que estes estavam enraizados na equação, inconscientemente fantasiada pela paciente, entre o espaço analítico e o quarto dos pais, no qual ela sentia que entrava secreta e excitadamente. Embora a paciente discutisse os elementos dessa compreensão com considerável interesse, a Dra. L. tinha a impressão de que a Sra. D. "examinava de fora as interpretações". Numa sessão, algumas semanas depois de a paciente receber o artigo, a Sra. D. disse que tinha lido o artigo e achara interessante escutar a voz da analista de uma forma diferente. A excitação da Sra. D., assim como seus sentimentos competitivos, de inveja e de culpa foram discutidos em detalhes. A paciente disse então que havia vários termos e idéias que não entendera e que gostaria de saber mais sobre eles. A analista perguntou à paciente: "O que você gostaria de saber?" A Dra. L. se deu conta da ambigüidade de sua pergunta somente depois de a ter formulado. Pretendia ela responder quaisquer perguntas da paciente ou estava simplesmente indagando sobre a natureza das

perguntas destas? A Dra. L. me disse que no momento de fazer essa pergunta ela tinha criado em sua mente a possibilidade imaginária de responder diretamente as perguntas da paciente, embora não sentisse nenhuma pressão para decidir se, de fato, faria isso ou não.

A Sra. D. ficou surpresa com a pergunta da analista (respondendo à mesma ambigüidade que a analista percebera), e disse que não sabia se a analista realmente queria dizer o que dissera. (A Sra. D. várias vezes descrevera, durante a análise, a solidão que sentia na infância por não ser capaz de conversar com seus pais ou irmãos sobre: "O que é que está acontecendo?"; "O que você quis dizer com isso?"; "Por que ele [o pai] disse isso?", etc.) A Sra. D. continuou, dizendo que algo importante tinha mudado entre a Dra. L. e ela em decorrência da resposta da Dra. L. (algo que ela não esperava de forma alguma). A paciente disse que não sabia mais o que perguntar ou até se queria perguntar algo. A Sra. D. fez uma pausa e disse que o que ela queria saber era, principalmente, se a analista se dispunha a falar com ela sobre as coisas que a deixavam confusa, e, surpreendentemente, as respostas às perguntas pareciam não importar mais.

A Dra. L. compreendeu a resposta da paciente em termos do desejo conflitivo da Sra. D., de ser curiosa sobre o discurso privado (inclusive a relação sexual) de seu pais, sem se sentir consumida ou apanhada nele. A paciente lutava para criar na transferência-contratransferência um "espaço potencial" intersubjetivo (Winnicott, 1971b; ver também Ogden 1985), no qual a participação imaginária no discurso-intercâmbio-sexual dos pais pudesse dar-se de um modo diferente. Em outras palavras, a Sra.

D. tentava ser curiosa (imaginar e pensar sobre o discurso-intercâmbio-sexual dos pais) sem ser apanhada num evento psicológico perverso e sobre-estimulante que teria de ser ou compulsiva e excitadamente repetido (como na masturbação compulsiva), ou temerosamente repelido (por exemplo, por uma paralisia na capacidade de pensar).

A resposta da Dra. L.: "O que você gostaria de saber?", foi espontânea e informada por sua vivência no terceiro analítico intersubjetivo. Essa intervenção contrasta com um interrogatório ou uma interpretação sobre a natureza do desejo inconsciente conflitivo da paciente, de participar da vida (sexual) extra-analítica da analista. A resposta da Dra. L. representou uma interpretação em ato produzida num espaço potencial entre realidade e fantasia. A resposta da Dra. L. (ação interpretativa) transmitia compreensões utilizáveis pela paciente de uma forma que antes não fora possível, porque a própria resposta representava uma forma de fenômeno transicional, ou seja, uma experiência intersubjetivamente criada, na qual um paradoxo emocionalmente importante é criado e mantido sem ter de ser resolvido. Nesse caso, o paradoxo relacionava-se com a questão *latente* (dentro da pergunta manifesta da Dra. L.): "Você 'realmente' quer participar da relação sexual-discurso dos seus pais/analista?" A pergunta, tanto no seu conteúdo manifesto quanto latente, foi recriada intersubjetivamente de tal forma que tanto a analista quanto a analisanda puderam vivenciar e compreendê-la como uma pergunta (mais precisamente, um conjunto de perguntas) que não requeria nenhuma resposta.

Sob tais circunstâncias, a resposta-ação interpretativa da Dra. L. poderia ter sido ouvida como um

convite assustador, sobre-estimulante, a "quebrar a lei paterna" (Lacan, 1957), ou seja, a violar a proibição do rompimento dos limites pessoais, que são o fundamento da relação analítica. O fato de que a Sra. D. tenha vivenciado o ação interpretativa/pergunta da analista como tendo qualidades de um fenômeno transicional (um paradoxo intersubjetivamente criado sob a forma de uma pergunta que não precisa ser respondida) se refletiu na resposta da Sra. D. à intervenção: ela não tentou atuar compulsivamente fantasias voyeuristas ou entrar realmente mais a fundo no discurso profissional da analista (por exemplo, procurando ansiosamente outros textos da Dra. L.).

Nesse caso, a formulação, da interpretação, em palavras, que a analista fez para si mesma, evoluiu com o tempo. Houve uma qualidade espontânea, não-planejada na intervenção/pergunta, cujo significado a analista só pôde começar a reconhecer e formular conscientemente para si mesma em palavras depois, ou talvez enquanto a pergunta estava sendo formulada. Esse tipo de ato interpretativo pode ser pensado como representando "o gesto espontâneo do terceiro-analítico". A compreensão da Dra. L., de sua pergunta como um tipo de fenômeno transicional que gerou possibilidades paradoxais e imaginárias, só se articulou plenamente para ela no transcurso da sessão.

Para concluir, a ação interpretativa em questão transmitiu uma compreensão do conflito inconsciente da paciente (da forma como era vivenciado no e por meio do terceiro-analítico intersubjetivo), e representou uma experiência na área de fenômenos transicionais. Nesse caso, foi necessário, para *a experiência da própria ação interpretativa,* ocupar um espaço transicional em que novas possibilidades imaginárias (em oposição às compulsivamente fantasiadas)

poderiam ser criadas intersubjetivamente. A pergunta: "O que você gostaria de saber?" representou um ato interpretativo que transmitiu uma compreensão do principal conflito inconsciente da paciente, de tal forma que implicou uma mudança psicológica na qual a cena primária (e o drama edípico) podiam ser (re)criados com segurança e explorados na área entre a realidade e a fantasia. Nessa "terceira área de experiência" (Winnicott, 1951), nem as perguntas (manifestas e latentes) da Dra. L., nem as da paciente, precisavam ser respondidas. Com efeito, o que constituiu a interpretação foi justamente a comunicação dessa compreensão (isto é, de que as perguntas não exigiam resposta).

Sumário

Neste capítulo, o conceito de ação interpretativa é entendido como o uso que o analista faz da atividade para comunicar aspectos específicos de sua compreensão da transferência-contratransferência que não podem ser transmitidos ao paciente apenas sob a forma de uma fala verbalmente simbólica no momento da análise em que a interpretação-em-ato é feita. A compreensão de transferência-contratransferência transmitida por um ato interpretativo deriva da experiência do analista e do analisando no terceiro analítico intersubjetivo. Embora o analista use a ação para comunicar aspectos de sua compreensão da transferência-contratransferência ao analisando, ele simultaneamente formula, para si mesmo, a interpretação em palavras.

As três ilustrações clínicas da ação interpretativa apresentadas foram selecionadas não porque representavam eventos psicológicos notáveis ou incomuns. Pelo contrário, foram apresentadas num esforço para ilustrar o modo como a interpretação-em-ação representa um aspecto fundamental, mas ainda insuficientemente explorado, do processo interpretativo psicanalítico.

Analisando a matriz da transferência-contratransferência

8

O analista precisa ter um modelo teórico com o qual possa conceituar não só a natureza das relações entre figuras transferenciais que ocupam a cena analítica, como também a matriz (ou estado vivencial básico) dentro da qual a transferência-contratransferência está sendo produzida.

Nos últimos quarenta anos, tem-se apreciado cada vez mais a importância do contexto analítico, não simplesmente como enquadre para a contenção do processo analítico, mas como uma dimensão que suporta a transferência-contratransferência. Melanie Klein (1952b), por exemplo, enfatizou que "é essencial pensar em termos de *situações totais* transferidas do passado para o presente, bem como em termos de emoções, defesas e relações de objeto" (p. 55). Betty Joseph (1985) elaborou mais esta idéia: "Por definição, a transferência deve incluir tudo que o paciente traz para a relação. O que ele traz pode ser melhor avaliado se concentrarmos nossa atenção no que está acontecendo na relação, como ele está usando o analista, junto e para além do que está dizendo" (p. 447).

A concepção de Winnicott (1949, 1958a, 1963) da "mãe-ambiente" realçou a concepção analítica da "matriz da transferência" (1958a, p. 33). O bebê não só se relaciona com a mãe como objeto, mas também, desde o início, tem uma relação com a mãe como ambiente. Conseqüentemente, na transferência não se trata apenas de transferir a experiência dos nossos objetos internos

próprios para objetos externos; trata-se também – e isso é importante – de transferir nossa experiência do ambiente interno, dentro do qual vivemos, para a situação analítica. (Entre aqueles que contribuíram para o desenvolvimento do conceito da transferência para a mãe-como-ambiente estão Balint [1968], Bion[1962a], Bollas [1987], Boyer [1983], R. Gaddini [1987], Giovacchini [1979], Green [1975], Grotstein [1981], Kernberg [1985], Langs [1987], Loewald [1960], McDougall [1974], Modell [1976], Pontalis [1972], Reider [1953], Searles [1960], Viderman [1974] e Volkan [1976]).

Neste capítulo, discutirei um aspecto do contexto analítico relacionado, embora de forma distinta, com os elementos mencionados por Klein, Winnicott e aqueles que expandiram e elaboraram suas obras. Tomarei como foco uma exploração do modo como a experiência em geral, e a experiência transferencial-contratransferencial em particular, é o resultado da inter-relação de três modos de criar significado psicológico: o autista-contíguo, o esquizo-paranóide e o depressivo. A inter-relação dinâmica desses modos de gerar experiência determina a natureza do estado básico de ser (ou matriz psicológica), dentro do qual cada um vive e constrói significados psicológicos em cada momento. Assim sendo, uma compreensão desses modos de gerar experiência e dos estados vivenciais associados a eles é essencial para uma compreensão e interpretação da transferência-contratransferência.

Começarei resumindo brevemente minha própria compreensão dos três estados básicos de ser fundamentais que constituem o contexto de toda experiência humana, inclusive a transferência-contratransferência. Apresentarei em seguida vários fragmentos de trabalho analítico que ilustram algumas das maneiras como a técnica psicanalítica é moldada pela compreensão que o analista tem do modo predominante (embora sempre em mudança), ou modos de experiência, que dão forma ao contexto da transferência-contratransferência.

Dimensões da experiência

Toda experiência humana, inclusive a experiência transferencial-contratransferencial, pode ser pensada como o resultado da inter-relação dialética entre três modos de criar e organizar os significados psicológicos. Cada um desses modos está associado a uma de três organizações psicológicas fundamentais – a posição depressiva, a posição esquizo-paranóide e a posição autista-contígua.[1] (As posições depressiva e esquizo-paranóide são conceitos introduzidos por Melanie Klein [1935, 1946, 1952c, 1957, 1958], ao passo que a posição autista-contígua é uma concepção que introduzi em comunicações anteriores [Ogden 1988, 1989a, b], como uma elaboração e extensão do trabalho de Bick [1968, 1986], Meltzer [1975, 1986; Meltzer et al. 1975] e Tustin [1972, 1980, 1981, 1984, 1986].) Nenhum desses três modos existe isolado dos outros: cada um cria, preserva e nega os outros dialeticamente. Cada modo gera um estado vivencial caracterizado por suas próprias formas distintas de angústia, tipos de defesa, graus de subjetividade, formas de relação de objeto, tipos de processos de internalização, etc.

A posição *autista-contígua* está associada ao modo mais primitivo de atribuir significado à experiência. É uma organização psicológica na qual a experiência do *self* está baseada na ordenação da experiência sensorial, particularmente das sensações na superfície da pele (cf. Bick, 1968, 1986). Num modo autista-contíguo, a angústia predominante é a do colapso da sensação de demarcação sensorial, sobre a qual estão baseados os rudimentos da experiência de um *self* coeso. Essa perda de delimitação é vivenciada como terror de cair ou escoar num espaço sem forma e sem fim (D. Rosenfeld, 1984). O indivíduo com freqüência tenta defender-se

---

1 Escapa ao âmbito da presente discussão oferecer mais do que um panorama esquemático das principais organizações psicológicas e da inter-relação dialética entre elas. Para uma discussão mais detalhada desses tópicos, ver Ogden (1985, 1986, 1988, 1989a, b).

desse tipo de angústia por meio da "formação de uma segunda pele" (Bick, 1968, 1986). Exemplos de esforços defensivos desse tipo incluem contato visual obstinado, fala contínua e inexorável, enrolar-se compulsivamente com várias camadas de roupa, etc.

A experiência de objetos num âmbito autista-contíguo se dá, principalmente, sob a forma de "relações" com formas autísticas (Tustin, 1984) e objetos autísticos (Tustin, 1980). Esses fenômenos autísticos são bastante diferentes das formas e objetos que costumamos supor como constituindo o mundo objetal. Uma forma autística é uma "forma-sentida" (Tustin, 1984) que consiste em impressões sensoriais idiossincráticas deixadas por um objeto quando este toca a superfície da nossa pele. Por exemplo, uma bola de borracha não é o objeto redondo que percebemos com a visão e o tato; é a sensação de uma área (os primórdios de um lugar) de maciez firme que se cria quando o objeto entra em contato com a pele. Formas autísticas são, predominantemente, experiências de objetos macios (desprovidos de qualquer sentido de "coisidade") e de substâncias corporais (por exemplo, saliva, fezes e urina). Tais experiências primitivas 'relacionadas com objetos' (experiên-cias de contigüidade de superfícies) são reconfortantes e calmantes por natureza.

Em contraposição, as 'relações' com objetos autísticos são experiências de dureza e de bordas, que criam a experiência sensorial de uma crosta ou armadura protetora. Por exemplo, a experiência de um objeto autístico pode ser criada apertando um objeto metálico, duro, tal como uma chave, na palma da nossa mão. Não se sente a dor de uma chave penetrando na pele; sente-se a segurança de ter (ser) uma concha.

Na posição autista-contígua, toda mudança psicológica é, em grande parte, mediada pelo processo de imitação (em oposição à incorporação, introjeção e identificação, que requerem um senso mais plenamente desenvolvido de um espaço interno no qual qualidades do outro podem, na fantasia, ser absorvidas [cf. E. Gaddini, 1969]). Na imitação, sente-se que as qualidades do objeto externo alteram nossa superfície, permitindo que sejamos 'moldados' pelos atributos do objeto ou que os 'carreguemos'.

A posição *esquizo-paranóide* (Klein, 1946, 1952c, 1957, 1958; ver também Ogden 1979, 1982a, 1986) gera um estado de ser mais maduro, mais diferenciado do que aquele associado à posição autista-contígua. A dimensão esquizo-paranóide da experiência caracteriza-se por uma forma de subjetividade na qual o *self* é vivenciado predominantemente como '*self* como objeto'. Nesse estado vivencial, há muito pouco senso de sermos os autores dos nossos pensamentos e sentimentos. Estes são vivenciados como forças e objetos físicos que nos ocupam ou bombardeiam. Enquanto a posição autista-contígua pode ser pensada como pré-simbólica, a posição esquizo-paranóide caracteriza-se por uma forma de simbolização (denominada *equação simbólica* [Segal, 1957]) na qual há pouca capacidade de diferenciar entre símbolo e simbolizado. Em outras palavras, praticamente não há um 'eu' interpretante interposto entre nós mesmos e a nossa vivência. Disto resulta que a experiência seja tingida de um intenso sentido de imediatez. Na ausência de um senso de que se possa pensar sobre a experiência, as defesas psicológicas tendem a ser da ordem da atuação e da evacuação. Tentamos separar os aspectos ameaçadores e ameaçados do *self* e do objeto (clivagem) e fazer uso dos outros para vivenciar aquilo que é sentido como perigoso demais para nós (identificação projetiva).

No modo esquizo-paranóide, o indivíduo alcançou apenas um senso rudimentar de si mesmo como sujeito interpretante e, por isso, o outro é vivenciado, de modo similar, como objeto em oposição a sujeito. Em conseqüência, há pouca capacidade de preocupação pelo outro; pode-se valorizar um objeto, mas não ter preocupação por uma posse, mesmo a mais preciosa. Na ausência da capacidade de preocupação, a culpa permanece fora do vocabulário emocional desse estado vivencial. Não há luto pelos objetos perdidos, eles são reparados ou recriados magicamente (na fantasia).

Esse é um estado vivencial relativamente a-histórico já que o uso da clivagem torna a experiência de nós mesmos (em relação aos nossos objetos) descontínua. Um objeto amado que se ausenta subitamente não é vivenciado como um objeto bom assusta-

doramente imprevisível, mas como um objeto mau. Dessa forma, o *self* e os objetos amados são mantidos a salvo, desconectados do *self* e dos objetos odiados. O resultado disso é uma contínua reescrita da história e um senso de *self* e de objeto que muda rapidamente. Com cada nova experiência afetiva do objeto, 'desmascara-se' o outro e se descobre a 'verdade' sobre quem o objeto é e sempre foi. A angústia nesse âmbito de experiência adota a forma do medo de aniquilamento e fragmentação iminentes decorrentes da destruição de aspectos amados do *self* e do objeto por aspectos odiados do *self* e do objeto.

A *posição depressiva* (Klein, 1935, 1958; ver também Ogden, 1986) é a organização psicológica mais madura e simbolicamente mediada. No modo depressivo, há um senso bem mais desenvolvido de um *self* interpretante que se situa entre nós mesmos e a nossa vivência. Nesse estado vivencial, nossos pensamentos, sentimentos e percepções não acontecem simplesmente como um "troar de um trovão ou uma pancada" (Winnicott, 1960b, p. 141); nossos pensamentos e sentimentos são vivenciados como nossas próprias criações psíquicas que podem ser pensadas e vividas, e que não precisam ser imediatamente descarregadas em forma de ação ou evacuadas na fantasia onipotente.

Na medida em que o indivíduo incrementa sua capacidade de experimentar a si mesmo como sujeito, começa também a reconhecer (por meio da projeção e da identificação) que seus objetos também são sujeitos que têm um mundo interno de pensamentos, sentimentos e percepções similar ao dele. Em decorrência de nossa maior percepção da subjetividade do outro, torna-se possível vivenciar preocupação pelo outro; sabemos que o outro sente uma dor que é tão real quanto a nossa, e que essa dor não pode ser magicamente desfeita ou reparada. Com o desenvolvimento da capacidade de se preocupar vem a capacidade para a culpa, o remorso e o desejo de fazer reparações não-mágicas pelos danos, reais e fantasiados, por nós provocados.

Na posição depressiva, à medida que a dependência das defesas onipotentes é abandonada, cria-se uma historicidade.

Como foi discutido antes, no modo esquizo-paranóide, a história é continuamente reescrita de forma defensiva. Na posição depressiva – para o bem ou para o mal – está-se fincado no presente. As experiências passadas podem ser lembradas e, às vezes, reinterpretadas, mas o passado permanece imutável. Há tristeza, por exemplo, no reconhecimento de que nossa infância nunca será como gostaríamos que tivesse sido, mas o enraizamento no tempo dá estabilidade ao sentido de *self*.

Em suma, as três posições que foram discutidas representam dimensões de toda experiência humana. Nenhum campo de experiência é encontrado em sua forma pura, assim como nunca se encontra a consciência desconectada do inconsciente. Cada dimensão da experiência é criada e negada pelas outras. O modo autista-contíguo proporciona a maior parte da "base sensorial" (Grotstein, 1987) da experiência; o modo esquizo-paranóide gera em grande medida a imediatez e vitalidade de experiências concretamente simbolizadas; o modo depressivo possibilita a criação de um *self* histórico e interpretante. As três posições estão relacionadas entre si, tanto diacrônica quanto sincronicamente. Ou seja, há uma relação cronológica, seqüencial, entre as três posições (uma progressão, um desenvolvimento do primitivo para o maduro, do pré-simbólico para o simbólico, do pré-subjetivo para o subjetivo, do a-histórico para o histórico, etc.). Ao mesmo tempo, as três posições têm uma relação de simultaneidade interativa na medida em que os três modos de experiência representam dimensões de toda experiência humana.

Com esse pano de fundo teórico, passarei agora a ilustrar clinicamente algumas das formas como uma compreensão dos três modos de gerar experiência informa sobre a maneira como o analista escuta, compreende e tenta falar com nossos pacientes. Enfocarei, em particular, os modos pelos quais as intervenções do analista precisam muitas vezes ser dirigidas para o nível contextual, ou matriz, da transferência (por exemplo, a importância do modo como o paciente está pensando, falando ou se comportando) antes de ser possível tratar de outros aspectos inter-relacionados

da transferência (por exemplo, os significados simbólicos inconscientes do que o paciente está pensando, dizendo ou atuando).

Analisando as formas de pensamento e de fala

A Sra. L., uma professora universitária de quase quarenta anos, foi encaminhada para a análise devido a angústias e depressões paralisantes que se davam de forma crônica e intermitente. Apesar do fato de a Sra. L. ser altamente respeitada entre suas colegas, em razão de seu ensino e pesquisa, ela extraía muito pouco prazer de seu trabalho. As paixões da vida da Sra. L. eram pintar e escutar música. Quando criança, passava muito tempo sozinha em seu quarto, desenhando, lendo e escutando música. A paciente disse que essas atividades *eram sua vida* (e continuavam sendo).

A Sra. L. tivera duas experiências de análise anteriores. A primeira durou aproximadamente quatro anos, durante os quais a paciente se sentia incapaz de pensar. No transcurso dessa análise inicial, contou que ficava com uma bala dura entre a bochecha e a gengiva durante cada uma de suas sessões e que o analista interpretara isso como o desejo da paciente de sugar seu seio/pênis. A Sra. L. achava essa idéia ridícula e o dissera ao analista. O analista costumava então acusá-la de se opor a ele e à análise. A paciente considerava essa interação como paradigma do tom de toda a análise.

De acordo com a Sra. L., seu segundo analista se enfurecera bastante com ela e se dirigia a ela num tom cada vez mais cheio de desprezo, perdendo por fim a paciência e acusando-a de ser "sadicamente teimosa". Os dois analistas concluíram que a Sra. L.

era inanalisável, e, em ambos os casos, as análises foram terminadas unilateralmente pelo analista.

A Sra. L. começou nosso trabalho dizendo que ela tinha de me informar (*fill me in*) sobre uma porção de coisas e se pôs a falar sobre o vazio e o desespero que consumiam sua vida. Falava comigo como se viéssemos trabalhando juntos há anos e estivéssemos retomando o trabalho analítico depois de um fim-de-semana. Falava num tom familiar e íntimo, mas que me causava a forte impressão de uma imitação de confiança. Parecia-me que essa confiança imitativa era uma tentativa inconsciente de se desviar dos processos por meio dos quais as pessoas geralmente desenvolvem um senso do que é estar junto de outra pessoa.

A paciente fez apenas vagas referências à sua infância. Apresentou um quadro superficial de uma família formada por uma mãe que muitas vezes ficava terrivelmente zangada, um pai emocionalmente distante, e uma irmã oito anos mais velha que parecia ter uma vida completamente independente da família. Um dos poucos relatos específicos de sua experiência passada foi o comentário de que sua mãe era hospitalizada todos os anos por um período de mais ou menos um mês para algum procedimento médico ou cirúrgico relacionado a sua eterna hipocondria.

Inicialmente, apenas escutei o fluxo de material, não sentindo nenhuma pressão particular para interferir nos esforços da paciente para me contar sobre ela mesma, do jeito que aparentemente queria fazê-lo. A história da Sra. L. era cheia de tormentos que, normalmente, teriam-me sensibilizado. A paciente transmitia a sensação de uma desesperança tão profunda que eu me perguntava freqüentemente por que ela não se matava. (Eu tinha uma forte suspeita

de que esse pensamento representava meu desejo de que ela se matasse).

Passaram-se dias, semanas e meses, durante os quais eu praticamente não disse nada. (Em quase todas as sessões, eu me perguntava se não estaria usando a idéia de 'abstinência analítica' como uma desculpa para um retraimento sádico e uma exploração retaliatória dessa paciente que parecia precisar tão pouco de mim.) A Sra. L. não se queixava de meu silêncio; pelo contrário, parecia aliviada por eu não desviá-la da tarefa de me "preencher" (*fill me in*) com toda a informação que considerava necessária. Quando eu eventualmente pedia um esclarecimento ou fazia uma interpretação, a paciente me dava a informação requerida (geralmente de uma forma muito vaga) ou esperava pacientemente que eu acabasse meu pensamento antes de continuar seu monólogo. A Sra. L. repetia quase literalmente histórias que já contara anteriormente muitas vezes. Disse-lhe que ela não parecia sentir que eu a estivesse escutando e devia achar que eu lembrava muito pouco, ou nada, do que me contava. Com o passar do tempo, dei-me conta de que essa intervenção, embora parcialmente correta, errava o alvo. A Sra. L. não estava falando *comigo,* e, portanto, pouco importava se ela já tivesse contado a mesma história muitas vezes antes. Suas histórias eram como estórias, para dormir que podem (e devem) ser contadas e recontadas muitas vezes. O padrão das palavras e das imagens tem um efeito tranqüilizador devido ao seu ritmo, melodia e conteúdo totalmente previsíveis.

Pouco a pouco, dei-me conta de que a Sra. L. e eu não estávamos envolvidos num começo de diálogo analítico. Suas palavras não eram portadoras de

significado simbólico; eram elementos de um casulo isolante que ela tecia em torno de si a cada sessão.

Retrospectivamente, percebo ter sido muito importante que, nos primeiros anos de trabalho, eu não tivesse sucumbido ao meu próprio desejo de estabelecer minha existência aos olhos da paciente insistindo em ser reconhecido como analista. Embora naquela época eu não tivesse articulado esse pensamento, creio agora que foi essencial não ter interpretado a narração de histórias da paciente como um ato de teimosia ou resistência à análise, nem ter 'embarcado' em atuações contratransferen-ciais destinadas a apaziguar os sentimentos de isolamento que eu vivenciava.

Com o passar do tempo, tentei falar com a Sra. L. a respeito do que eu acreditava compreender sobre *o modo como ela falava* em contraposição ao que ela parecia estar dizendo. Por exemplo, disse-lhe que ela parecia sentir-se insuportavelmente exposta quando se sentia impedida de vivenciar a calma que encontrava na pintura e na escuta da música. Mais tarde acrescentei que, para ela, a falta de esperança não parecia ser algo totalmente ruim; em última instância, proporcionava a incomparável sensação de paz proveniente da ausência de qualquer perspectiva de mudança. Disse que acreditava nela quando me dizia que, para ela, não havia nada pior do que ser surpreendida. Essas intervenções representavam tentativas de simplesmente nomear a experiência da paciente, sem implicar que as coisas devessem ser de outra forma e sem nenhuma referência à idéia de que ela pudesse sentir algum conflito em relação a esses aspectos de sua vida.

No meio do terceiro ano de análise, a Sra. L. começou a me dizer como sentia que eu escutava bem. Isso me pareceu um elogio ambíguo. Por um

lado, eu sentia ter oferecido à Sra. L. um meio no qual ela sentia que podia tranqüilizar-se, mas essa auto-tranqüilização era algo que ela mesma se proporcionara durante toda a vida por meio da leitura, música e pintura. A paciente se tranqüilizar *na minha presença* era pelo menos um passo na direção de uma experiência relacionada com um objeto, na medida em que nenhuma das outras atividades auto-tranqüilizadoras descritas pela Sra. L. se dera de forma constante na presença de alguma pessoa. A 'fala' auto-tranqüilizadora com a qual a paciente preenchia as sessões tinha tornado suportável para ela continuar estando comigo. Proporcionara-lhe uma forma autista tão perfeitamente confiável e previsível que sua leve percepção de minha pessoa podia ser tolerada. Esse 'arranjo' parecia ser necessário para a paciente, e esforços periódicos de interpretação demonstraram que esse período da análise não devia e não podia ser acelerado.

Havia, ao mesmo tempo, uma indisfarçável nota de desprezo no 'cumprimento' que a paciente fazia à minha capacidade de escuta. O que não estava dito era que, apesar do fato de eu ser um bom ouvinte, o que tinha a dizer não valia muito. O lado zangado de seu cumprimento parecia representar uma dimensão mais madura de relação objetal na transferência do que a que existira até então. Parecia que, dessa maneira, a Sra. L. estava pedindo-me para não permitir que ela permanecesse encapsulada em seu mundo dominado pelas sensações, mesmo ela se sentindo agradecida por eu não ter interferido nas suas atividades auto-tranqüilizadoras.

Considerando o elogio ambíguo da Sra. L. como um indicador de sua predisposição psicológica para uma "competição" (Tustin, 1980) mais ativa da minha

parte com seu sistema de relações autista-contíguas, decidi mencionar, mais diretamente do que antes, a natureza de seu mundo solipsista dominado pelas sensações, no qual a paciente se protegia. Disse que, durante os anos em que estivéramos trabalhando juntos, ela me falara e demonstrara os modos que tinha para *não viver* no mundo. Desde pequena desenvolvera a capacidade de desmoronar para dentro de si mesma, como uma estrela que implodiu a ponto de ficar do tamanho de uma bola de pingue-pongue. Sua imersão nas sensações, ritmos e êxtases da arte e da música haviam consumido quase todos os seus momentos fora do seu trabalho e haviam-se tornado substitutos para quase todas as outras formas de experiência. Acrescentei que, na análise, sua narração de histórias servia para *não falar comigo,* para não estar na sala comigo. As histórias eram como acalantos que ela cantava para si mesma.

A paciente escutou e ficou em silêncio por um minuto mais ou menos. Começou depois a falar de um modo que parecia ser uma resposta ao que eu dissera, mas depois de alguns minutos percebi que era o início da repetição de uma história sobre um acontecimento da infância que já me contara várias vezes antes. Na sessão seguinte, a paciente falou como de costume durante uns vinte minutos antes de dizer que estava furiosa por eu ser tão insensível a ponto de lhe dizer reiteradamente algo que ela já sabia. Será que eu achava que ela era burra? Precisava realmente ser tão intrometido em meus comentários? Disse-lhe que ela parecia não ter gostado do que eu dissera, mas que não estava me dizendo o que a perturbara nos meus comentários. Então, a paciente voltou a contar mais uma história sobre sua infância, que tinha a aparência superficial de ser uma resposta

à minha intervenção. Interrompi a história (já que não havia pausas que permitissem o estabelecimento de um diálogo) e disse que achava que ela ficara perturbada pelo que eu acabara de dizer e que era reconfortante retornar a uma forma de contar histórias que servia para tranqüilizá-la como um acalanto familiar. A letra e a melodia eram totalmente conhecidos e previsíveis e nunca mudariam. O mesmo não podia ser dito de mim, e eu achava que este fato a assustava e enfurecia.

Durante as semanas subseqüentes, a paciente alternou entre reclamar da minha insensibilidade e retomar sua narração de histórias. Durante esse período, disse à Sra. L. que achava que ela estava furiosa comigo por ter-me intrometido nas coisas mais sagradas para ela: seus sentimentos em relação ao seu trabalho artístico e seu amor pela música.

Seguiu-se, então, um período da análise em que a paciente não fez nenhuma referência aos acontecimentos acima descritos. Era como se uma tempestade tivesse passado, não deixando nenhuma evidência disso. Comentei com a paciente que um segmento de nossa história recente tinha sido eliminado "no estilo 1984". A paciente afirmou saber que estava fazendo isso e explicou que era especialista nesse jogo. Contou-me como essa habilidade fora uma arma poderosa no seu relacionamento com o homem com quem vivera vários anos. Ele ficava muito aflito depois de uma discussão, ao passo que ela podia "apagar a luz e imediatamente cair num sono profundo e sem sonhos". Na manhã seguinte, levava um certo tempo para se dar conta de porque seu namorado não estava falando com ela. (Fiquei mais do que surpreso em saber que ela vivera com um homem, mas decidi aceitar o presente dessa nova informação sem fazer com que ela tomasse consciência de que tinha-me dado algo).

No decorrer do ano seguinte de análise, a "narração de histórias" da Sra. L. deu lugar a uma fala que incluía um maior uso de metáforas. Pela primeira vez, ela parecia estar usando a linguagem numa tentativa de me dizer algo; havia aspectos de sua vida que ela queria que eu conhecesse. Por exemplo, falou sobre o papel que "rodopiar" (*spinning*)* tinha desempenhado em sua vida, desde a infância até os vinte anos. Esse rodopio era uma sensação que podia sentir através do corpo: "Era como uma tonteira, mas não uma tonteira de verdade." Era uma extensão dos rodopios reais que, quando criança, dava sempre que estava sozinha. Tanto nas formas físicas quanto psicológicas de rodopio, conseguia criar um estado mental no qual se sentia isolada não só das pessoas, mas dos pensamentos. Usava essa capacidade de criar esse estado psicossomático durante as várias ocasiões em que queria estar sozinha e não podia afastar-se fisicamente das outras pessoas. Desenvolveu a capacidade de aprender muito rápido na escola, de forma que pudesse retornar ao seu rodopio psicológico, mesmo sentada na sala de aula.

Nos anos seguintes de análise, a capacidade da paciente, de falar comigo, aumentava e diminuía dependendo do grau de angústia que estivesse vivenciando. Contudo, em geral era possível, para mim e para a paciente, identificar a natureza do sentimento transferencial que precipitara seu retraimento na narração de histórias ou outras formas de defesa contra a sensação de estar viva na sala comigo. Dessa maneira, o trabalho analítico foi envolvendo cada vez

---

* O termo *to spin*, em inglês, tem uma multiplicidade de sentidos: rodopiar, fiar, contar histórias, esticar uma narrativa, prolongar uma discussão, sentir-se girar por tonteira, rejeitar depois de exame, reprovar. (N. T.)

mais interpretações acerca do modo como mudanças na matriz da transferência estavam relacionadas com a emergência de pensamentos e sentimentos transferenciais específicos relacionados com objetos (por exemplo, desejos e temores sexuais e agressivos).

Em suma, a linguagem foi inicialmente usada pela Sra. L. não com o propósito de pensar e se fazer compreender, mas quase sempre como um meio sensorial no qual a paciente podia se encapsular. A fala tinha-se tornado a antítese do discurso comunicativo. A interpretação do conteúdo das histórias da paciente revelou-se inútil. As intervenções tinham, antes, o sentido de descrever a experiência da paciente e não tentavam identificar conflitos intrapsíquicos. (Havia muito pouco de *self* integrado, capaz de estabelecer e manter a tensão psíquica implicada num conflito interno).

Quando a paciente deu uma indicação indireta de sua prontidão para uma ruptura, para a possibilidade de competir com sua dependência de formas autistas-contíguas de isolamento defensivo, o uso que ela fazia da linguagem a serviço de *não falar* foi interpretado.

As interpretações passaram a enfocar cada vez mais as relações entre o contexto da transferência (o modo como a paciente estava pensando, sentindo, falando, etc.) e o conteúdo afetivo da transferência (a angústia produzida pela atuação de um aspecto do mundo de objetos internos da paciente na cena analítica).[1]

---

1 Ao interpretar a inter-relação entre o contexto e o conteúdo da transferência, o analista tenta dirigir a atenção do paciente para o momento da substituição de uma forma de pensar, sentir e se comportar, por outra. Há uma suposição, muitas vezes articulada pelo analista em sua interpretação, de que o paciente vivenciou na situação analítica os primórdios de pensamentos, sentimentos e/ou sensações que foram tão perturbadores a ponto de levá-lo a alterar defensivamente seu modo de penar, sentir, falar, etc. Ou seja, o paciente altera seu modo de produzir experiência de tal forma que alguma das dimensões da experiência (a autista-contígua, a esquizo-paranóide ou a depressiva)

Analisando pensamentos 'que se dissolvem'

O Sr. D., um estudante de pós-graduação de 25 anos, iniciou a análise dizendo que era incapaz de estudar ou trabalhar devido a intensos sentimentos de angústia e inutilidade. Sofria também de uma prolongada desordem alimentar de tipo anoréxico. Durante os primeiros meses de trabalho analítico, houve uma notável ausência de discussão sobre sentimentos relacionados a comida, dietas, exercícios físicos, etc. O Sr. D. sentia, às vezes, uma extrema dificuldade para manter uma linha de pensamento e deparava consigo mesmo terminando uma frase com um assunto não-relacionado com o começo da sentença. Ao longo do tempo, o paciente e eu associamos isso com uma forma de 'se dissolver' psicologicamente. Nesses momentos, sentia como se quase não tivesse identidade. Não se sentia como uma pessoa que pudesse pensar e, muito menos, expressar seus pensamentos numa voz que lhe parecesse sua. O Sr. D. usava a ideação paranóica como forma de se ancorar em algum lugar; se pelo menos estivesse convencido de que alguém o odiava e estava conspirando contra ele, teria alguma sensação de um *self* que percebia e avaliava o que lhe estava acontecendo. Não causou nenhuma surpresa que, durante a análise, o Sr. D. experimentasse sentimentos intermitentes de extrema desconfiança em relação a mim e de estar sendo atacado por mim.

---

exclui defensivamente as outras (ver Ogden, 1985, 1988, 1989a, b). Essa alteração no modo como a experiência está sendo gerada é, em parte, percebida pelo analista por meio de seu monitoramento das mudanças na contratransferência. A experiência de estar com o paciente muitas vezes sofre uma mudança sutil, mas discernível, decorrente de uma modificação intersubjetiva no equilíbrio dos modos que contribuem para a criação da experiência transferencial-contratransferencial.

Na segunda metade do primeiro ano de análise, foi com grande caultela que o paciente começou a fazer algumas tentativas, bastante indiretas, de tocar no assunto da comida e do comer. Diferente de sua incerteza sobre quase todos os outros aspectos de sua vida, o paciente tinha uma forte convicção de que seus humores eram fortemente determinados pelos alimentos que comia. Cada grupo de alimentos era sentido como tendo um impacto específico sobre ele. Por exemplo, açúcares de todo tipo, inclusive os das frutas e do leite, o deixavam 'maníaco' ("*manicky*") e terrivelmente angustiado; as gorduras o imobilizavam e faziam-no sentir-se letárgico, desesperançado e deprimido; quantidades moderadas de proteínas e cereais faziam com que se sentisse estável e com a cabeça no lugar.

Era evidente o quão era delicado para o paciente o tema do comer e dos alimentos, e, por isso, me contive de comentar o conteúdo de suas idéias. Decidi, em lugar disso, perguntar-lhe se se dava conta de como parecia assustado diante da possibilidade de eu lhe dizer qualquer coisa quando falava sobre comida. (Até mesmo essa intervenção se revelou excessivamente dirigida ao conteúdo da fantasia e insuficientemente endereçada ao modo como o paciente estava pensando.) Respondeu dizendo que, mesmo eu não tendo dito nada ainda, sabia o que eu estava pensando. Tinha certeza de que eu, como todos os outros médicos, considerava as suas idéias a respeito dos efeitos dos alimentos sobre ele "delírios psicóticos". (O pai e a mãe do paciente eram psiquiatras que discutiam abertamente o comportamento do paciente, usando termos diagnósticos, e que regularmente interpretavam o significado inconsciente de seus pensamentos e comportamentos.) O Sr. D.

ficou intensamente zangado comigo, assim como com medo, e jurou nunca mais me confiar nenhum de seus pensamentos sobre comida. Disse a ele que qualquer menção que eu fizesse, ou talvez qualquer pensamento que pudesse ter sobre comida, faziam-no sentir que eu estava transformando suas idéias e sentimentos sobre comida em uma "questão psicológica", e que isso equivalia a uma tentativa minha de enlouquecê-lo. Continuei, dizendo que compreendia haver muito poucas coisas na sua vida em relação às quais ele sentia que podia confiar nas suas percepções. Se eu questionasse, da forma que fosse, o que ele sentia saber sobre suas respostas aos alimentos, seria um ataque à sua sanidade tanto quanto o seria duvidar da veracidade de sua percepção de que 'isso é uma cadeira ou aquilo um divã'.

O Sr. D. ficou aliviado com essa intervenção, e não porque ela contivesse uma garantia de que conteúdos mentais dolorosos não seriam tocados. (Quase sempre os pacientes ficam zangados e decepcionados quando o analista inconscientemente lhes garante que um aspecto de sua psicopatologia não será tratado.) Pelo contrário, o paciente vivenciou a intervenção como um reconhecimento do seu direito e de sua capacidade para nomear (e fazer falsas denominações, se assim quisesse) seus próprios estados corporais sem que eu cooptasse esse processo de auto-definição.

O paciente relatara que, numa análise anterior, a analista agira como se soubesse o que o paciente estava sentindo, melhor do que ele próprio. Nos casos em que o analista, consciente ou inconscientemente, comporta-se como se acreditasse conhecer a vivência do paciente melhor do que ele mesmo, cessa de haver um reconhecimento da existência de duas pessoas

na sala; só permanecem o analista e sua concepção da vivência do paciente. Isso quase sempre representa uma repetição de uma experiência da primeira infância (do paciente e-ou do analista), em que a mãe inconscientemente vê no seu bebê apenas aspectos de si mesma que projeta nele.

Considero a intervenção na qual discuti o medo do paciente, de que eu o estivesse enlouquecendo, uma interpretação necessária do contexto do significado, que deve preceder a interpretação do conteúdo psicológico (por exemplo, os significados conflitivos dos alimentos para o Sr. D.). O aspecto da experiência do paciente que tinha de ser tratado antes de mais nada, era a idéia de que sua forma de pensar estava funcionando a serviço de uma tentativa de se agarrar a uma sensação de dissolução do *self*. Seus pensamentos estavam sendo gerados a fim de preservar o pouco que restava da sua sensação de existir. A concretude da forma de pensar do Sr. D. servia para fazer com que seus pensamentos parecessem mais reais e menos propícios a serem roubados ou assumidos por mim. Tempos depois, quando o paciente olhou retrospectivamente para esse período, disse que parecia que os pensamentos tinham "endurecido", e, desta forma, era mais fácil "agarrar-se" a eles. Vivenciava toda ambigüidade de sentido como muito assustadora, pois sentia que "escorregava e deslizava sobre uma superfície de gelo muito fina".

Com o passar do tempo, foi possível compreender como o pensar concretamente representava uma tentativa inconsciente de afastar a ameaça de "se dissolver", "cair", "perder um pensamento", etc. Mais tarde foi possível observar e interpretar o modo como essa ameaça aparecia no contexto de uma experiência

de mim (em transferência materna) como alguém tão "versado" em interpretar a vivência do Sr. D., que só eu sabia o que ele estava pensando e sentindo. Muito depois, o paciente se deu conta de que me escolhera como analista em parte porque esperava que eu fosse perspicaz a ponto de ser capaz de conhecer seus pensamentos antes mesmo que ele o fizesse. Isso representava um desejo de poder sentir-se vivo e capaz de pensar e trabalhar por meio da minha possibilidade de viver e pensar por ele. Ao mesmo tempo, o paciente lutava contra tais desejos por causa de uma convicção de que tal submissão seria seu fim. Temia que, uma vez estabelecida essa submissão, nunca mais seria capaz de recuperar os fragmentos de suas próprias percepções que lhe proporcionavam a única conexão com sua frágil sensação de *self*.

Em suma, no fragmento de trabalho analítico aqui discutido, era necessário analisar na transferência a função do modo como o paciente estava pensando, antes que os conteúdos de seu processo de pensamento se tornassem acessíveis à análise. Depois de uma intervenção inicial, pouco oportuna, o foco interpretativo se transferiu para o modo como a forma de pensar do paciente servia para ajudá-lo a preservar sua frágil sensação de *self* sempre em processo de erosão.[1]

---

1 A mais importante das três principais teorias de Freud (1915b) sobre a esquizofrenia continha uma ênfase similar na formação pelo paciente de "representações de coisa" (p. 203), não com o propósito de uma comunicação interna ou de um ato de julgamento, mas com vistas ao uso do pensamento (a criação da representação de coisa) como uma tentativa de se agarrar ou retomar uma conexão com o mundo externo. Em outras palavras, o pensamento esquizofrênico (o processo de produzir representações de coisas) foi concebido como a tentativa do paciente de manter ou recuperar sua sanidade.

Analisando coisas sexuais-em-si-mesmas

A Sra. R., uma professora de segundo grau de 25 anos, começou sua análise devido a uma intensa angústia de natureza difusa. Tivera um forte ataque de angústia enquanto dava aula, e temia que outros ataques ocorressem e a fizessem perder o emprego. Nas primeiras entrevistas, a paciente se apresentou como alguém hesitante, tímido e um tanto pudico. Era uma mulher atraente, mas se vestia e se penteava de um modo que transmitia uma sensação de esterilidade. A Sra. R. relatou ter tido "relacionamentos" com homens, mas foi vaga sobre isso e deixou pouco claro o tipo de experiências sexuais que tivera, se é que houvera alguma.

Enquanto a Sra. R. me contava sobre as pessoas de sua vida que eram importantes para ela, chamou minha atenção sua sensação da fragilidade dos vínculos que existiam entre as pessoas. Antigas amizades podiam ser destruídas se alguém dissesse a coisa errada na hora errada; o pai de uma amiga tivera um ataque cardíaco dias depois de sua filha ter-lhe comunicado seu noivado; seu próprio pai fora subitamente despedido do emprego depois de uma briga com o patrão.

Várias semanas depois do início da análise, a paciente anunciou que tinha de interromper a análise por razões financeiras. Não havia nenhuma evidência convincente de que dificuldades financeiras fossem a razão da fuga precipitada da paciente. Perguntei-lhe o que mais poderia estar influenciando sua decisão. Depois de refletir e dizer que era só isso que estava influenciando sua decisão, admitiu que sentira um desânimo crescente quanto às possibilidades de receber algo da análise.

Disse-lhe que ela deixara claro, nas semanas em que havíamos trabalhado, que palavras e pensamentos eram coisas extremamente sérias que nem por um momento deviam ser tratadas como "mera conversa". As pessoas podiam ficar muito feridas se não fossem muito cuidadosas com o que diziam aos outros ou com o que os outros diziam a elas. A paciente se virou no divã e me olhou de uma maneira que refletia o seu intenso interesse por esse assunto e sua surpresa com o fato de eu compreender o enorme poder das palavras.

A Sra. R. disse que, na infância, não conseguia entender como outras crianças podiam recitar versos infantis que falavam de cabeças sendo despedaçadas (por exemplo, *Humpty Dumpty* e *Jack and Jill*), de pais morrendo (*My country´tis of thee*), e de aranhas assustando crianças (*Little Miss Muffet*) sem ficarem tão assustadas quanto ela. Continuou, falando sobre a maneira como ficara muitas vezes profundamente ferida por ter tomado ao pé da letra o que as pessoas diziam. Se um homem numa festa lhe dissesse que lhe iria telefonar, ela considerava isso uma promessa solene. Contou que no primeiro grau, quando sua professora disse para a classe que haveria *show and tell** (mostre e conte) todas as manhãs, ficou muito angustiada temendo que teria de revelar seus segredos ou talvez até mesmo tirar a roupa. Além disso, não tinha certeza se a professora tinha dito "*show*" (mostrar, espetáculo) ou "*shower*" (chuveiro, banho de chuveiro).

Disse-lhe, então, que me perguntava se ela sentia que a análise implicava que ela se revelasse para mim

---

* *Show-and-tell* é uma atividade escolar para crianças pequenas, na qual uma criança traz um objeto para a aula e fala sobre ele para as outras crianças. (N. T.)

e se tinha começado a se desesperar diante da idéia de que, se não quisesse ou não pudesse literalmente se desnudar diante de mim, não obteria nada da análise. Por outro lado, seria devastadoramente humilhante se tivesse de forçar-se a se revelar para mim.

A paciente chorou e me contou que na universidade lera que Freud acreditava que, em última instância, tudo era sexual. Perguntou-me se eu achava que tudo tinha um significado sexual. Disse-lhe que isso significaria que eu e ela estaríamos o tempo todo falando de "coisas sujas". Ela concordou, e disse que não queria fazer isso comigo e nem que eu fizesse isso com ela. Esse intercâmbio produziu um decréscimo no nível de angústia da Sra. R., suficiente para que ela continuasse a análise.

Nessa breve discussão não é possível apresentar mais do que uma visão panorâmica do desenrolar do processo analítico. Tentarei, a seguir, ilustrar um pouco do movimento que vai da análise da matriz da transferência (concretamente elaborada na experiência do falar como um ato sexual) à análise do conteúdo da fantasia inconsciente simbolicamente elaborada (sob a forma de pensamentos e sentimentos) na transferência. Nos meses seguintes, a paciente discutiu sua experiência infantil com muito mais detalhes do que antes. A Sra. R. afirmou não se lembrar de alguma vez ter visto seus pais discutindo mas que, ainda assim, a tensão entre eles era tão grande que ela ficava enjoada e tinha dores de cabeça quando passava muito tempo com os dois. Cada um parecia ser um mestre em "insinuações viciosas" e "olhares que evisceravam". A paciente descreveu uma insônia crônica aos três ou quatro anos que continuava até hoje. Chorou ao descrever os intensos sentimentos de solidão que sentia quando deitava na cama, incapaz de dormir.

À medida que esse material era apresentado, a Sra. R. ia ficando cada vez mais angustiada e desenvolveu uma forte convicção de que eu extraía um grande prazer do poder que tinha sobre ela como analista. Disse ser muito difícil escutar tudo o que eu lhe dizia porque só conseguia prestar atenção à presunção que ouvia na minha voz. Com o prosseguimento da análise, as queixas incessantes da paciente sobre minha arrogância (*swelled head*) e meu tom de voz desdenhoso começaram a me entediar e irritar e vivenciei uma profunda sensação de desconexão em relação a ela. A Sra. R. parecia obcecada com a idéia de que eu a estava pressionando e parecia extrair muito prazer em tornar inútil qualquer coisa que eu dissesse, respondendo de modo reflexo com uma acusação desse tipo. Em várias oportunidades comentei com a paciente que ela parecia incansável no seu esforço para me espicaçar a fim de que eu a atacasse verbalmente. Acrescentei que achava que ela devia sentir que tal ataque faria com que se sentisse menos angustiada e sozinha. Com o passar do tempo, esses desenvolvimentos da transferência-contratransferência (assim como uma série de sonhos da Sra. R., em que ela olhava gangues de rua "suadas e fedidas" gritando de modo selvagem e atirando umas contra as outras), aumentaram minha suspeita de que a Sra. R. tinha vivenciado a tensão entre os seus pais (e o processo de falar comigo) como um ato sexual agressivo violento e confuso. Palavras, tons de voz, insinuações, olhares, etc., pareciam ter sido vivenciados inconscientemente de um modo muito concreto como partes sexuais de cada um dos pais (e de nós dois) sendo usadas para despedaçar, penetrar, machucar, excitar, torturar, arrebatar e afugentar o outro. Ao mesmo tempo, não estar incluída

nessa forma de relação fazia com que se sentisse insuportavelmente isolada.

Numa sessão desse período de análise, fiz o seguinte comentário em resposta a mais uma afirmação da paciente de que: "Você não tem de me intimidar". Disse-lhe que tinha razão, eu não *tinha de* falar com ela de algum modo particular, mas achava que sua vivência de mim como intimidante significava para ela que éramos suficientemente importantes um para o outro ao ponto de ficarmos presos numa batalha. Mais tarde comentei que achava que ela nem sempre conseguia discernir entre o que era odioso e o que era amoroso na intimidação que ela sentia desenrolar-se entre nós. A paciente, de um modo singularmente pouco característico, respondeu com um silêncio reflexivo ao invés de uma nova rodada de acusações. Isso marcou o começo de um período de análise em que se tornou possível para a Sra. R. *falar sobre* sentimentos e idéias em contraposição a atuar idéias e sentimentos sob a forma de fala.

Foi só no terceiro ano de trabalho analítico que a paciente começou a discutir de forma direta sentimentos e fantasias sexuais. Isso se deu depois da análise de fantasias transferenciais carregadas de angústia e relacionadas com a idéia de que eu tinha um harém de estudantes e pacientes mulheres que eu tratava de uma maneira insensível e altiva. Com intensa vergonha, a Sra. R. me disse pouco a pouco, ao longo de quase um ano, que desde seus cinco anos (e até hoje) ela se masturbava duas ou três vezes por dia. A Sra. R. se masturbava segurando um travesseiro ou cobertor entre as pernas. A fantasia masturbatória central (que não mudara nesses vinte anos) era a de ser membro de um harém de mulheres cujo amo lhes ordenava ter em relações sexuais com ele. Às vezes

o amo era vivenciado como uma pessoa gentil, mas geralmente era imaginado como um homem impessoal, sádico, que exigia submissão absoluta da paciente e das outras mulheres. Contudo, ela "só sentia uma devoção e lealdade cegas" para com este homem e para com as outras mulheres. Compreendemos que essa forma de masturbação compulsiva e as fantasias associadas a ela estavam a serviço de um grande número de funções psicológicas criticamente importantes. No seu nível mais primitivo, essa atividade parecia servir a uma função de auto-tranqüilização e de auto-definição. A paciente, em face da vivência de extremo isolamento desde muito cedo, construíra uma forma de relação (com uma forma autística) dominada pelas sensações, por meio da qual tentava manter a frágil coerência do *self* que alcançara.

Ao mesmo tempo, a Sra. R. usava a fantasia do harém como uma forma de construir para si mesma uma família de objetos internos. A paciente tinha inventado uma versão do complexo de Édipo que estava baseada no desejo de integração e inclusão (ainda que ao preço da identidade pessoal e do reconhecimento mútuo). Desejos ambivalentes e parricidas foram regressivamente transformados numa devoção cega a um objeto onipotente; rivalidade e reconhecimento da diferença entre gerações foram convertidos em laços fraternos e gemelaridade narcísica.

Para concluir, nos estágios iniciais da análise, falar sobre sexo comigo era vivenciado pela paciente como equivalente a fazer sexo comigo. A própria análise era vivenciada como uma atuação sexual mais do que como um palco no qual pensamentos e sentimentos sexuais podiam ser vivenciados, discutidos e compreendidos. Era, portanto, essencial falar sobre o fato de que falar era vivenciado como uma atuação

sexual (isto é, analisar o nível contextual da transferência) antes de trabalhar com outros níveis do significado transferencial.[1] Em decorrência da análise do nível contextual altamente esquizo-paranóide da transferência (falar como um acontecimento sexual-agressivo), a paciente pôde, por fim, operar uma mudança para um modo cada vez mais depressivo de produzir experiência. Sua angústia sexual não desapareceu; mas passou a ser vivenciada de uma maneira diferente. O que inicialmente fora a experiência de coisas sexuais, assustadoras em si mesmas (proferidas sob a forma de palavras), passou a ter o caráter de sentimentos e idéias sexuais e agressivas, assustadoras e confusas, que não tinham de ser imediatamente desviadas pelo uso de barreiras verbais concretas (sob a forma de acusações defensivas).

A título de conclusão

A matriz da transferência pode ser pensada como o correlato intersubjetivo (criado no *setting* analítico) do espaço psíquico dentro do qual o paciente vive. A matriz transferencial reflete a inter-relação entre os modos fundamentais de estruturar a experiência (o autista-contíguo, o esquizo-paranóide e o depressivo) que, juntos, conformam a qualidade singular do contexto vivencial dentro do qual o paciente cria conteúdos psíquicos. Esse conceito refere-se não apenas a acontecimentos que ocorrem na cena

1 No trabalho analítico com pacientes que funcionam num modo predominantemente esquizo-paranóide é preciso ter em mente que as tentativas do analista, de explorar o medo do paciente de falar sobre sexo (sem antes analisar o nível contextual da transferência), são regularmente escutadas como um interrogatório sedutor e coercitivo sobre porque o paciente se recusa a fazer sexo com o analista. A combinação de medo e excitação que o paciente vivencia em tais circunstâncias muitas vezes leva a uma fuga da análise ou a outras formas de *acting out*.

analítica, mas também aos estados de ser que determinam a natureza dos modos como os pensamentos, sentimentos, sensações e comportamentos são criados, vivenciados e interpretados pelo paciente.

O analisando não fala simplesmente com o analista (ou consigo mesmo) *sobre* os modos como cria experiência; ele contribui para uma construção intersubjetiva dentro do *setting* analítico que incorpora, *na sua forma e desenho*, a natureza do espaço psíquico dentro do qual o paciente vive (ou não consegue chegar a viver). Invariavelmente, o analista participa inconscientemente da criação da construção intersubjetiva dentro do *setting* analítico. É em parte por esse caminho (isto é, por meio da análise da contratransferência) que o analista tem acesso à natureza dos estados de ser que formam a matriz do mundo interno do paciente.

Sumário

Neste capítulo, os estados vivenciais básicos que formam a matriz da transferência são discutidos em termos da inter-relação de três modos de gerar experiência: o autista-contíguo, o esquizo-paranóide e o depressivo. Partes de três análises são discutidas, num esforço para ilustrar clinicamente algumas das maneiras pelas quais a técnica analítica é moldada por uma compreensão do modo ou modos predominantes de experiência que formam o contexto da transferência-contratransferência num determinado momento. O capítulo enfoca os modos pelos quais as intervenções do analista precisam, com freqüência, ser dirigidas para o nível contextual, ou matriz, da transferência (por exemplo, a importância do modo como o paciente está pensando, falando ou se comportando) antes de que se torne possível trabalhar com outros aspectos da transferência inter-relacionados (por exemplo, os significados simbólicos inconscientes do que o paciente está pensando, dizendo ou atuando).

Isolamento pessoal: o colapso da subjetividade e da intersubjetividade

9

*It remains to learn in what delicate, exquisite region of Being we shall encounter that Being which is its own Nothingness.**

Jean-Paul Sartre, *Being and Nothingness*

Durante a última década, cheguei a considerar o conceito de isolamento pessoal como central para uma compreensão do desenvolvimento humano. Minha própria concepção de isolamento pessoal está baseada em idéias derivadas do estudo psicanalítico de fenômenos autistas, assim como da concepção de Winnicott do isolamento como uma condição necessária para a saúde psicológica.

A obra de Winnicott será tomada como ponto de partida para a compreensão do isolamento pessoal como uma faceta essencial da experiência de estar vivo. Tentarei, em seguida, descrever uma forma primitiva de isolamento que implica a desconexão do indivíduo, não só em relação à mãe como objeto, mas também ao próprio tecido da matriz interpessoal humana.

---

* 'Resta saber em que região delicada e esquisita do Ser encontraremos o Ser que é seu próprio Nada'. (N. T.)

A idéia de que haja um aspecto da experiência no qual o indivíduo precisa estar insulado de estar no mundo tem sua origem no conceito de Freud (1920) de pára-excitações (*Reinzschutz*). Freud acreditava que a preservação do organismo dependia tanto da capacidade de não perceber, quanto da capacidade de registrar estímulos internos e externos:

> (O organismo) seria aniquilado... se não estivesse provido de uma proteção contra os estímulos. Ele adquire essa proteção da seguinte forma: sua superfície mais externa deixa de ter a estrutura própria da matéria viva, torna-se, de certa forma, inorgânica e, daí em diante, funciona como um invólucro especial ou membrana resistente aos estímulos (...) por meio da sua morte, a camada externa salvou todas as outras, mais profundas, de um destino similar (p. 27).

Neste capítulo, farei uso de conceitos que emanam do estudo psicanalítico de fenômenos autistas, para desenvolver a idéia de que a experiência de estar vivo como ser humano é salvaguardada por formas de suspensão do ser.

A concepção de Winnicott de isolamento

A discussão sobre o isolamento pessoal tem de começar com um estudo das contribuições fundamentais de Winnicott para essa área do pensamento. Winnicott (1963) considerava o indivíduo (em parte) "isolado, permanentemente desconhecido, na realidade nunca encontrado" (p. 183). Ele acreditava que o isolamento do bebê em relação ao objeto objetivamente percebido é um contexto vivencial essencial para o desenvolvimento de um sentido de realidade e de espontaneidade do *self*. O conceito de isolamento é uma idéia que foi evoluindo ao longo dos escritos de Winnicott. Ele se sobrepõe e se entrelaça a idéias tais como o ambiente de *holding*, relação com objetos transicionais, capacidade de estar só, experiência do brincar e o desenvolvimento do verdadeiro e

do falso *Self*. Na presente discussão, enfocarei aquilo que entendo serem as duas principais concepções de isolamento desenvolvidas por Winnicott. (Embora as duas "formas" de isolamento que serão discutidas possam ser entendidas como tendo entre elas uma relação seqüencial, desenvolvimental, precisam, ao mesmo tempo, ser pensadas como facetas ou qualidades coexistentes de um único fenômeno dinâmico: a experiência de isolamento pessoal).

A forma mais precoce, em termos de desenvolvimento, de isolamento descrita por Winnicott implica o insulamento do bebê de uma percepção prematura do estado de separação entre o *self* e o objeto. Esse insulamento é proporcionado pela mãe-como-ambiente quando ela vai ao encontro das necessidades do bebê antes que estas se tornem desejo (Winnicott, 1945, 1951, 1952, 1956, 1971c). Isso implica um adiamento da percepção da existência separada do objeto do desejo. Igualmente importante é o fato de que o bebê é protegido (isolado) da percepção do próprio desejo, e, assim, da existência separada do *self*. A confiabilidade da mãe-como-ambiente a torna (e também ao bebê) invisível. O estado de ser não auto-reflexivo que ocorre no contexto da mãe-como-ambiente é denominado por Winnicott (1963) um estado de "continuidade do ser" ("*going on being*") (p. 183). (A expressão "continuidade do ser" é particularmente adequada na medida em que nomeia um estado de vida sem referência ao sujeito ou ao objeto).

A forma mais tardia, em termos de desenvolvimento, de isolamento discutida por Winnicott (1958a, 1962, 1963, 1968) é a da relação com objetos que são criados e não encontrados. Tais objetos são denominados *objetos subjetivos*. A mãe-como-ambiente proporciona ao bebê uma forma de isolamento da externalidade por meio de uma ilusão de "onipotência" (1963, p. 182). A mãe cria essa ilusão ao oferecer o seio, quando e da forma que é necessária e desejada pelo bebê. O termo *onipotência*, quando usado por Winnicott, é um tanto inapropriado já que não há experiência de poder, de dominação, sobre o objeto. De fato, a experiência do bebê, de si mesmo como poderoso, refletiria um colapso da ilusão não-autoconsciente de que o mundo é simples-

mente um reflexo dele mesmo. O bebê não necessita controlar o objeto; o cerne dessa ilusão é a sensação do bebê de que o objeto não poderia ser de outro jeito. Dessa forma, o bebê começa a apreender as qualidades de sua própria individualidade ao se ver refletido no mundo que ele 'criou'. Do ponto de vista de um observador externo, a mãe dá substância (dá uma forma observável, palpável) para o estado interno do bebê pela forma como responde a ele. Por exemplo, a curiosidade do bebê é refletida (lhe é dada uma forma observável) no tom de voz da mãe, nas suas expressões faciais, no ritmo de movimento, etc.: "A mãe está olhando para o bebê e *aquilo com o que ela se parece está relacionado com o que ela vê ali*" (Winnicott, 1967, p. 112).

O objeto subjetivo (criado por meio dessa forma de interação com a mãe) é, portanto, tanto uma criação quanto um reflexo do *self* em evolução. Objetos subjetivos são objetos internos derivados dessa forma de interação precoce mãe-bebê. A comunicação com objetos subjetivos é uma "comunicação *cul-de-sac* (sem saída)" (Winnicott, 1963, p. 184); uma comunicação que não está dirigida a objetos externos e que portanto acarreta um isolamento do *self* da necessidade de ser receptivo a objetos objetivamente percebidos.[1] A comunicação com objetos subjetivos é, (do ponto de vista de um observador externo) "fútil" (p. 184) e, ao mesmo tempo, "dá o sentimento de real" (p. 184). Um isolamento desse tipo está vivencialmente relacionado com um sentido de privacidade em oposição ao sentimento de solidão.

Em suma, Winnicott concebeu duas formas de isolamento, cada uma das quais facilita o desenvolvimento do *self* e implica, paradoxalmente, uma desconexão em relação à mãe como objeto, que é conseguida dentro da (invisível) mãe-como-ambiente.

---

1 Essa forma de isolamento (relação com objetos subjetivos) torna-se um dos pólos de uma dialética que subjaz à criação de fenômenos transicionais (Winnicott, 1951, 1971a). Relações com objetos subjetivos e comunicação com objetos objetivamente percebidos coexistem em tensão dialética na criação dos objetos transicionais. Tais objetos são ao mesmo tempo criados e descobertos; a questão de se é uma coisa ou outra nunca se coloca.

Autismo e multiplicidade de formas de consciência

Antes de apresentar minha própria concepção de um tipo de isolamento mais primitivo do que os descritos por Winnicott, gostaria de comentar brevemente a noção de Mahler de uma fase precoce de autismo, e introduzir a idéia de formas coexistentes de consciência.

Durante décadas, a concepção de Margaret Mahler (1968), de uma fase precoce normal de autismo seguida de uma subfase de "germinação", representou um importante conceito organizador para a teoria psicanalítica do desenvolvimento.[1] Contudo, hoje em dia existe um consenso geral entre teóricos da psicanálise (apoiados nos estudos de observação neonatal e na aplicação de modelos etológicos à psicanálise) de que o bebê ao nascer já é uma entidade psicológica envolvida num complexo conjunto de interações interpessoais com a mãe. Há muito pouca evidência, se é que há alguma, para suportar a noção de um estágio precoce ou de uma fase de desenvolvimento na qual o bebê existe num estado de casulo que é anterior à relação primitiva com seres humanos. Atualmente, tal posição parece insustentável. Os trabalhos de Bower (1977), Brazelton (1981), Eimas (1975), Sander(1964), Stern (1977), Trevarthan (1979) e muitos outros, proporcionaram uma forte evidência para a noção de que, desde os primeiros momentos da vida extra-uterina, o bebê está constitucionalmente equipado para perceber e entrar num diálogo recíproco com a mãe ou substituto.

O debate em torno da questão de se, no princípio, o bebê está-em-um (*at one*) com a mãe (e, portanto, inconsciente da existência separada dela e da de si próprio), ou se o bebê é capaz de reconhecer a diferença entre ele mesmo e o outro, é um assunto

1 No fim da sua vida, Mahler modificou sua posição com respeito à sua idéia de que nos primeiros meses de vida, o bebê vive num "sistema monádico fechado, auto-suficiente no seu desejo alucinatório de preenchimento" (1968, p. 7), e começou a integrar as descobertas dos estudos de obervação neonatal relacionados com a receptividade do bebê ao seu ambiente humano e não humano (cf. Stern 1985).

mais complexo. Parece-me que não é mais necessário ou recomendável construir nossas questões sobre a experiência infantil de uma forma que nos force a escolher entre a noção do bebê estando-em-um com a mãe ou separado dela. Se, ao invés disso, considerarmos a experiência infantil (e a experiência humana em geral) como o resultado de um processo dialético que envolve múltiplas formas de consciência (cada uma coexistindo com as outras), não é mais necessário formular nossas questões em termos de oposições mutuamente excludentes (Grotstein, 1981, Stern 1983). A questão de saber se o bebê está-em-um com a mãe ou separado dela torna-se uma questão sobre a natureza da inter-relação entre experiências simultâneas de estar-em-um e de estar separado. Não se considera que essas formas de experiência entrem numa formação de compromisso ou numa interação mutuamente diluidora (que tira a média); pelo contrário, supõe-se que as diferentes formas de consciência coexistam dialeticamente, de uma forma comparável à relação entre experiências conscientes e inconscientes (ver Ogden, 1986, 1988). Cada uma proporciona um contexto que nega e preserva para a outra. A experiência de estar-em-um não dilui a experiência de estar separado mais do que a experiência de consciência dilui o inconsciente. Cada forma de consciência mantém suas próprias qualidades que têm um sentido que, em grande parte, é criado por sua relação com aquilo que não é.

A matriz de sensação

Como mais um fundamento para a compreensão do isolamento primitivo, gostaria de apresentar brevemente um grupo de conceitos provenientes da investigação psicanalítica sobre os fenômenos autísticos. O tipo primitivo de isolamento que será discutido envolve um isolamento do indivíduo numa matriz de sensação autogerada (que substitui a matriz interpessoal). Tentarei, a seguir, oferecer um vocabulário sobre a noção de isolamento auto-sensual.

Em artigos anteriores (Ogden, 1988, 1989a,b; ver também capítulos 3 e 8), introduzi a idéia de que existe uma organização psicológica mais primitiva do que aquelas a que se referem os conceitos de Klein (1946, 1958) de posições esquizo-paranóide e depressiva. Designei essa organização psicológica de *posição autista-contígua*[1] e a concebi como estando em tensão dialética com as posições esquizo-paranóide e depressiva. Deve-se ter em mente que o termo *autista* é usado, no contexto, para fazer referência a características específicas de um modo universal de geral experiência e não a uma forma severa de psicopatologia infantil ou suas seqüelas. Seria tão absurdo conceber a posição autista-contígua como uma fase do autismo infantil, quanto o seria conceber a posição esquizo-paranóide como uma fase da esquizofrenia paranóide infantil, ou a posição depressiva como um período universal da depressão infantil.

Como foi discutido no capítulo 8, a posição autista-contígua caracteriza-se por sua própria forma particular de relação de objeto, na qual o objeto é uma experiência sensorial (particularmente na superfície da pele). Tal experiência sensorial é uma experiência de *ser-sensação* (*being-in-sensation*). Nesse campo dominado pela sensação, a experiência dos objetos se dá predominantemente sob a forma da relação com "formas autísticas" (Tustin, 1984) e "objetos autísticos" (Tustin, 1980). Formas autísticas são "formas sentidas" (Tustin, 1984, p. 280) que provêm do toque suave de superfícies que provocam impressões sensoriais na nossa superfície cutânea. Não são experiências da "coisidade" de um objeto; são experiências da sensação do objeto mantido suavemente contra nossa pele. Essa

---

1 Ao propor o conceito de uma posição autista-contígua, tentei integrar e ampliar os trabalhos pioneiros de Bick (1968, 1986), Meltzer (Meltzer 1986, Meltzer et al. 1975) e Tustin (1972, 1980, 1981, 1984, 1986), assim como os de Anthony (1958), Anzieu (1985), Fordham (1977), E. Gaddini (1969, 1987), R. Gaddini (1978, 1987), Grotstein (1978), Kanner (1944), S. Klein (1980), Mahler (1952, 1968), D. Rosenfeld (1984) e Searles (1960). Outras concepções, de uma posição mais primitiva do que a posição esquizo-paranóide, foram produzidas, independentemente, por Bleger (1962) na Argentina e Marcelli (1983) na França.

forma é idiossincrática para cada um de nós e representa os primórdios da experiência de lugar. Por exemplo, o seio não é vivenciado como uma parte do corpo da mãe que tem uma forma particular (visualmente percebida), uma suavidade, textura, calor, etc. Pelo contrário (ou, mais precisamente, em tensão dialética com a experiência do seio como um objeto visualmente percebido), o seio como forma autística é a experiência de ser um lugar (uma área de sensação de tipo tranquilizador) que é criado (por exemplo) quando a bochecha do bebê descansa contra o seio da mãe. A contigüidade de superfícies cutâneas cria uma forma idiossincrática *que é o bebê naquele momento.* Em outras palavras, o ser do bebê recebe, dessa forma, uma definição sensorial e uma sensação de lugar.

A experiência de objetos autísticos representa um acontecimento sensorial bastante diferente da experiência de formas autísticas. Objetos autísticos são experiências sensoriais que têm uma qualidade de dureza e/ou de bordas e servem para criar um sentimento de proteção contra um pavor inominável e sem forma. Tais sensações podem provir da pressão de uma pedra dura na palma da mão. Assim como no caso das formas autísticas, não é a "coisidade" visualmente percebida do objeto que é vivenciada; a experiência de um objeto autístico é a de *ser uma concha ou uma crosta dura.*

O uso de formas e objetos autísticos não é de modo algum um fenômeno exclusivamente associado a uma doença psicológica grave. A relação com formas autísticas constitui uma parte do desenvolvimento normal do bebê, da criança e do adulto. Por exemplo, o conforto que o bebê experimenta ao chupar o dedo não deriva apenas do valor representacional do dedo como substituto do seio; há, além disso, uma dimensão no chupar o dedo que pode ser entendida como parte de uma relação com uma forma autística, por intermédio da qual uma sensação de *self*-como-superfície-sensorial se gera.

De maneira similar, a relação com objetos autísticos representa um aspecto da vida psicológica de indivíduos sadios da primeira infância em diante. Por exemplo, "atingir os próprios

limites" intelectual e/ou fisicamente gera um estado psicológico no qual o indivíduo se sente totalmente absorto, não só por ir ao encontro de ideais do ego, por entrar em competição (inconscientemente fantasiada como uma batalha), etc., mas, também, porque tais atividades muitas vezes envolvem uma dimensão da relação com objetos autísticos por meio dos quais criamos uma 'borda' (*"edge"*) sensorial palpável que ajuda a proporcionar uma sensação de delimitação do *self*.

As relações com formas e objetos autísticos são 'perfeitas' no sentido de que ficam fora da imprevisibilidade das relações com seres humanos. Formas e objetos autísticos (por exemplo, enrolar o cabelo e morder a parte interna da bochecha) são experiências sensoriais que podem ser repetidas exatamente da mesma forma sempre que forem necessárias. Essas 'formas sentidas' e 'objetos sentidos' existem fora do tempo e do espaço.

Gostaria de enfocar, com propósitos ilustrativos, as ruminações como um uso da ideação como forma autística. A ruminação é uma forma de atividade mental a que se pode recorrer instantaneamente como meio sensorial em que qualquer um pode submergir. Os pensamentos repetitivos estão associados a um conjunto rítmico de sensações 'físico-mentais', ou seja, um estado de alma que tem uma qualidade sensorial, palpável. O indivíduo e o pensamento-sensação fazem um. Em última instância, há apenas um pensamento-sensação na ausência de um pensador. (Essa ausência de subjetividade é vizinha da noção de Bion [1977] de um "pensamento sem pensador".) A ruminação pode ser comparada a uma máquina operando impecavelmente. Nada no mundo das relações de objeto pode sequer começar a competir com sua confiabilidade.

Isolamento primitivo

Com a fundamentação oferecida pela discussão anterior (1) das concepções de Winnicott sobre o isolamento pessoal, (2) da noção de uma inter-relação dialética entre uma multiplicidade de

formas de consciência, e (3) do conceito de relação com formas e objetos autísticos, é possível agora fazer alguns comentários sobre um tipo de isolamento que envolve uma desconexão mais radical em relação aos seres humanos e que, ainda assim, não é menos vital do que as formas de isolamento acima descritas.

O isolamento associado a uma experiência de tipo autista-contíguo implica uma separação ainda mais profunda do mundo dos seres humanos do que qualquer uma das duas formas de isolamento descritas por Winnicott. O isolamento de tipo autista-contíguo implica, *em algum grau,* o ato de substituição da mãe-como-ambiente por um ambiente sensorial autogerado. A atividade mental envolvida na criação desse ambiente sensorial tem o efeito de suspender o indivíduo, ainda que precariamente, entre 'a terra dos vivos' e 'a terra dos (psicologicamente) mortos'. Ganhar vida como ser humano implica o ato de ser sustentado *por* e *dentro* da matriz da vivacidade física e psicológica da mãe (inicialmente a mãe-como-ambiente, e depois a mãe-como-objeto). Esse aspecto do desenvolvimento normal, inclusive o isolamento, necessário para o indivíduo, de uma consciência prematura da externalidade do objeto (e do estado de separação do *self* e do objeto) já foi descrito acima. O que eu gostaria de acrescentar a essa concepção do desenvolvimento precoce é a noção de que a vida psicológica não desabrocha exclusivamente dentro do contexto da mãe-como-ambiente. Estou propondo que, desde os primórdios da vida psicológica (e ao longo de toda a vida), existe uma forma de experiência na qual a mãe, na condição de matriz psicológica, é substituída por uma matriz sensorial autônoma. Ao substituir a mãe ambiental por uma matriz de sensação autônoma, o bebê cria uma pausa essencial na tensão (e no terror intermitente[1]) inerente ao processo de vir à luz no âmbito de seres humanos vivos.

---

1 A falha da mãe em propiciar um ambiente de *holding* suficientemente bom (quer isso seja o resultado da inadequação da mãe ou um reflexo da hipersensibilidade do bebê) é vivenciada pelo bebê como o terror de um aniquilamento iminente (Winnicott, 1952). Uma dimensão importante desse sentimento de terror é a sensação de cair ou de se derramar num espaço infinito e sem forma (Bick, 1968, D. Rosenfeld 1984).

A dimensão autista-contígua do isolamento constitui uma dimensão universal da experiência humana e é uma parte essencial do processo global de vir a ser um ser humano. Representa um ponto de repouso necessário ou um santuário dentro do processo de tornar-se (e ser) humano.[1] O isolamento autista-contíguo contrasta com o solipsismo estável e impenetrável do autismo patológico. O isolamento primitivo que estou descrevendo representa uma forma dominada pela sensação de insulação, que serve para proteger o indivíduo contra a tensão contínua que é parte inevitável da vida na matriz imprevisível de relações de objeto humanas. Proporciona uma suspensão temporária do estar vivo dentro da mãe-como-ambiente em contraposição a uma permanente negação de existência ou renúncia irreversível à matriz materna. A capacidade de suspender a existência na mãe-como-ambiente existe em tensão dialética com a capacidade de tolerar a tensão (e o terror) de estar vivo num contexto interpessoal humano.

A suspensão das incertezas e da imprevisibilidade da existência no âmbito do humano é alcançada por meio de uma mudança no equilíbrio das formas de ser coexistentes. O ambiente humano vivo é substituído por relações com experiências sensoriais totalmente confiáveis, de tipo autista-contíguo. Tais 'relações' autistas-contíguas são maquínicas na sua precisão e portanto podem ser pensadas como uma substituição do mundo humano por um não-humano (ver Searles, 1960). Contudo, o não-humano não é sinônimo de morto; as formas e objetos sensoriais não-humanos (maquínicos) proporcionam um contexto livre das ondulações e brechas inexplicáveis e imprevisíveis que são parte inevitável da textura das relações humanas vivas. O tipo de isolamento que tenho em mente não é uma forma de morte psicológica. (A morte, concebida como nada inerte, não pode constituir um pólo de um processo dialético). O que estou tentando descrever é uma suspensão da vida no mundo

---

1 Talvez a parte não-REM do sono (sono sem sonhos despojado tanto de objetos oníricos quanto da "tela do sonho" [Lewin 1950]) represente uma forma de ser que está isolada tanto da mãe-como-objeto quanto da mãe-como-ambiente.

dos vivos e a substituição desse mundo por um mundo autônomo de 'relações' com sensações 'perfeitas'.

Deixar o bebê entrar nessa forma de isolamento e resgatá-lo, de modo compassado e periódico, é uma parte essencial da qualidade rítmica precoce do desenvolvimento humano. No processo de o bebê se isolar, a mãe deve permitir que ele a substitua, a exclua (oblitere sua existência tanto como objeto quanto como ambiente). Com muita freqüência, uma das facetas mais difíceis do ser mãe é a dor acarretada pelo não poder ser mãe. A mãe precisa tolerar a experiência de não existir para seu bebê sem ser tomada por sentimentos de depressão, medo ou raiva. Ao invés disso, deve ser capaz de esperar enquanto seu ser-como-mãe está suspenso (deve consentir que seu filho tenha seu santuário[1]). Fain (1971) descreveu mães que eram incapazes de soltar seus filhos dessa forma. O resultado disso é uma forma de insônia infantil em que a criança só consegue dormir se estiver sendo fisicamente segurada pela mãe.

É igualmente importante que a mãe seja capaz de "competir" (Tustin, 1986) com a perfeição do santuário dominado pelas sensações do bebê, nas suas tentativas de resgatar o bebê e devolvê-lo ao 'mundo dos vivos'. Tais esforços para competir com os fenômenos autistas requerem uma confiança considerável e sentimentos de auto-estima por parte da mãe. (Ver Tustin [1986] e capítulo 8, para uma discussão da experiência transferencial-contratrans-

---

1 Uma analisanda que recentemente deu à luz um bebê saudável, vivenciava um estado de pânico quando seu filho dormia, temendo que estivesse morto. Angústias desse tipo (embora, geralmente, de menor intensidade) não são incomuns e, com frequência, levam a mãe a não poder dormir enquanto o bebê dorme, por medo de que ao acordar encontre seu filho morto. Nós, como analistas, estamos familiarizados com tais angústias e tendemos a compreendê-las em termos de desejos assassinos inconscientes e universais, assim como em termos da projeção da própria sensação de morte interna da mãe. Parece-me que tais compreensões devem ser suplementadas pela apreciação de um componente adicional da relação precoce mãe-bebê. Considero, hoje em dia, que tais angústias refletem a resposta da mãe à sua experiência real de que, de vez em quando, ela perde seu bebê e de que, a cada vez, ela o recupera. Ou seja, a mãe de fato vivenciou a perda de seu bebê no decorrer do isolamento periódico deste na sua própria matriz sensorial, e ela fica aterrorizada de que essa experiência 'próxima da morte' se repita (dessa vez, irreversivelmente).

ferencial de competir com as relações do paciente com formas e objetos autísticos dentro do processo analítico).

Passei a considerar o autismo patológico uma falha da díade mãe-bebê em negociar esse delicado equilíbrio entre estar dentro da mãe-como-ambiente e a suspensão dessa forma de ser. Uma mãe deprimida pode vivenciar erroneamente essa forma de isolamento primitivo como uma rejeição categórica sua como mãe. Isso pode colocar em funcionamento um ciclo vicioso de retraimento mútuo; o retraimento do bebê em relação à mãe a leva a se desanimar e a ser tomada por sentimentos de inutilidade, que, por sua vez, levam o bebê a procurar mais ainda refúgio no seu santuário auto-sensual. Essa espiral de desconexão da mãe e do bebê acaba por atingir um ponto sem retorno. Nesse caso, há um colapso da periodicidade normal de retraimento numa auto-sensualidade e de retorno ao campo do humano. Esse colapso representa uma catástrofe psicológica de grande magnitude – o bebê sai da 'força gravitacional' das relações humanas e 'flutua' num campo de inexistência impenetrável e ininterrupto. O atravessamento dessa 'linha' representa a transformação do isolamento auto-sensual normal no autismo patológico.

A título de conclusão

Neste capítulo, tentei ampliar o conceito de isolamento pessoal, incluindo uma forma de isolamento na qual o bebê substitui a mãe-como-ambiente por sua própria matriz de sensações. A criação dessa matriz de sensações autogeradas contrasta com o conceito de Winnicott da ilusão precoce de estar-em-um com a mãe e seu conceito de relações com objetos subjetivos, já que ambos os tipos de isolamento descritos por ele são mediados por uma relação com a mãe-como-ambiente. O tipo de isolamento que descrevi envolve um retraimento mais radical em relação aos seres humanos; implica um retraimento da mãe-como-ambiente assim como da mãe-como-objeto.

O retraimento em relação à mãe (tanto como objeto quanto como ambiente) para um mundo de relações com formas e objetos autísticos é considerado uma característica do desenvolvimento precoce normal. Relações com formas e objetos autísticos são maquínicas no que tange sua confiabilidade e sua capacidade de serem infinitamente duplicadas fora do tempo e do espaço. Essa forma de experiência não é concebida como representando uma fase precoce ou uma fase de desenvolvimento anterior à relação objetal; é considerada uma faceta contínua de toda experiência humana que serve como uma forma de anteparo contra a contínua tensão de estar vivo no mundo de seres humanos. Proporciona uma borda de existência suspensa que torna suportável a incerteza e a dor das relações humanas. Na ausência dessa faceta da experiência (essa forma de não-existência no mundo humano), ficamos sem pele e insuportavelmente expostos. Fisiologicamente, é essencial que nossa pele esteja continuamente produzindo uma camada de tecido morto que sirva de proteção vital para as outras camadas do corpo. Dessa forma (como no conceito freudiano de pára-excitações), a vida humana é fisiologicamente encapsulada pela morte. Neste capítulo, sugeri que a vida psicológica é, desde o princípio, salvaguardada de modo similar pelo santuário proporcionado pela experiência de não existir no 'mundo dos vivos'.

Questões de teoria e prática analíticas

10

Neste capítulo, uma série de perguntas formuladas pelo Dr. Stephen Mitchell, editor de *Psychoanalytic dialogues: A journal of relational perspectives*, fornece a estrutura para a consideração de um amplo espectro de temas analíticos relativos à metapsicologia analítica, à teoria clínica, à teoria do desenvolvimento e à técnica analítica. Cada uma dessas perguntas e respostas se refere a diferentes aspectos da teoria e da prática psicanalíticas que são fundamentais para a concepção do processo psicanalítico desenvolvida neste livro e para o trabalho que conduziu a ele. (Agradeço ao Dr. Mitchell pela atenção e pela criatividade refletidas em suas perguntas.)

Prática e técnica

Mitchell: Na sua descrição da primeira entrevista analítica (Ogden, 1989a), o senhor enfatizou a importância de o analista apreender e se dirigir às angústias e pavores do paciente. Essa idéia parece bastante diferente da idéia de que é necessário criar um sentimento de esperança nas entrevistas preliminares e da concepção de que o paciente está fundamentalmente procurando um 'novo começo'. Como o senhor pensa a relação entre esperança e pavor nas fases iniciais da análise?

Ogden: Minha experiência constante tem sido de que o que permite ao paciente se sentir mais esperançoso quanto a uma perspectiva de mudança psicológica na análise é a experiência de ser compreendido tanto na esfera consciente quanto inconsciente. Na entrevista inicial, propiciar essa experiência nem sempre significa oferecer uma interpretação ao paciente, já que, muitas vezes, compreender o paciente implica não interpretar, não saber muita coisa cedo demais.

Quando escolhemos comunicar nossa compreensão sob a forma de uma interpretação, sempre me pareceu de central importância tentar ajudar o paciente a falar sobre o que o está assustando no fato de estar na sala com o analista naquele momento. Muitas vezes, a primeira entrevista analítica do paciente é sua primeira experiência de falar com outra pessoa de tal forma que seus sentimentos e fantasias (inclusive sua angústia relacionada à destrutividade de seu ódio e de seu amor) sejam nomeados com precisão e tratados de modo simples e direto. Muito poucas coisas podem ser comparadas ao poder dessa experiência para instilar no paciente a esperança de que ele pode ser capaz de produzir mudanças na sua vida, que, até aquele ponto, pareciam impossíveis.

Minha experiência indica que uma abordagem analítica que evita mencionar as angústias do paciente (particularmente quando relacionadas com a transferência negativa) transmite a este uma sensação de que o analista é incapaz ou reluta em se enfrentar com o ódio e o medo que o paciente está vivenciando naquele momento. O resultado disso é que o paciente pode perder a esperança de que o analista será capaz de tolerar os aspectos dele próprio que o paciente inconscientemente sente que devem ser tratados na sua análise. Na entrevista inicial, o paciente está, entre muitas outras coisas, tentando inconscientemente avaliar quais aspectos dele mesmo ficarão intocados pela análise em decorrência das dificuldades psicológicas que o analista traz para a situação. O paciente está, sem dúvida, certo na sua pressuposição de que provavelmente serão as limitações na capacidade do analista de

analisar a transferência-contratransferência que vão, em grande medida, determinar a eficácia do processo analítico que se desenrolará.

Mitchell: O senhor é um dos poucos autores vivos que adota uma abordagem essencialmente psicanalítica no trabalho com pacientes graves. O senhor acha que existem facetas da técnica nesse tipo de trabalho analítico que são diferentes daquelas usadas no trabalho com pacientes mais sadios? Como vê o movimento, inclusive em instituições pioneiras como o Chestnut Lodge, em direção a abordagens mais 'suportivas' e à difusão do uso de medicação?

Ogden: Há um número considerável de analistas pensando e escrevendo de forma muito precisa sobre a teoria e a prática da psicanálise de comprometimentos emocionais severos. Boyer e Grotstein (pela longa amizade) e Searles (por seus escritos), assim como Adler, Gabbard, Giovacchini, Kernberg, David Rosenfeld, Segal, Tustin e Otto Willm estão entre aqueles autores cujo trabalho foi particularmente importante para minha educação nessa área.

Eu, assim como muitos outros (por exemplo, Boyer, Racker e Searles), temos observado que um dos principais obstáculos para a análise de pacientes gravemente comprometidos é a experiência não analisada do analista na transferência-contratransferência. De fato, é raro que o treinamento do analista inclua tanto trabalho supervisionado com pacientes comprometidos quanto um escrutínio sistemático da experiência do analista na transferência-contratransferência, e, portanto, não surpreende que muito poucos clínicos estejam sendo treinados para trabalhar analiticamente com pacientes gravemente comprometidos. Seria tentador concluir, a partir do fracasso no trabalho com borderlines e pacientes esquizofrênicos, que o paciente é inanalisável ao invés de considerar a questão de se o analista está adequadamente equipado para conduzir a análise.

É comumente sustentado que no trabalho com pacientes muito comprometidos, a interpretação é disruptiva para o paciente

e, portanto, deve-se oferecer a eles terapia 'suportiva'. (Terapia suportiva é, com freqüência, um eufemismo para um tipo de relação terapêutica na qual o paciente é tratado como um bebê incapaz de compreender em palavras a natureza das angústias que o impedem de conduzir sua vida de um modo mais maduro, integrado e relacionado com objetos.) Tal ponto de vista deixa de entender que uma das coisas mais integrativas e, portanto, 'suportivas', que podemos oferecer ao paciente é o poder dos símbolos verbais para conter e organizar pensamentos, sentimentos e sensações e, assim, torná-los controláveis pelo paciente. As palavras ajudam a transformar aquilo que foi vivenciado como objetos ou forças físicas num sistema de pensamentos e sentimentos que são vivenciados como criações pessoais que mantêm uma relação particular entre si. Ou seja, os símbolos ajudam a nos criar como sujeitos.

É importante não confundir interpretação com intelectualização. Símbolos verbais nos permitem construir uma ordem de coisas que pode ser compreendida e mudada. Não se pode mudar o passado, não se pode mudar a mãe ou o pai que se tem, não se pode mudar o fato de que catástrofes psicológicas específicas tenham ocorrido. Podemos mudar o modo como consideramos, compreendemos e vivenciamos esses aspectos de nós mesmos. Negar a um paciente acesso ao potencial transformador dos símbolos é negar-lhe os meios pelos quais pode tentar realizar mudanças psicológicas.

Quanto à questão da medicação, não me oponho a princípio ao seu uso em análise no tratamento de pacientes comprometidos. Costumo começar o trabalho com pacientes comprometidos sem o uso de medicação, a não ser que haja razões urgentes para fazê-lo. (Tais razões incluem o risco iminente de suicídio, comportamento agressivo e a vivência por parte do paciente de um sofrimento psicológico intolerável). Contudo, antes de introduzir medicação, preciso estar convencido de que a relação interpessoal e as construções simbólicas que estão sendo introduzidas no processo de começo de análise não são em si mesmas suficientes para permitir ao paciente (1) se engajar no tipo de trabalho psicológico

necessário para uma mudança estrutural e (2) seguir vivendo a vida que conseguiu construir para si mesmo até aquele momento.

Mitchell: O senhor argumenta que a "linguagem de ação" de Schafer (1976) é, na verdade, a linguagem da posição depressiva e que Schafer deixa de apreender o componente esquizo-paranóide dos estados psicológicos que não é apenas defensivo, mas "um componente permanente do desenvolvimento psicológico e uma faceta permanente da organização psicológica" (Ogden, 1986, p. 84). O senhor parece sugerir que Schafer atribui escolhas em demasia a pacientes muito perturbados, que podem muito bem estar presos em "estados mentais" terroríficos (para usar a expressão de Bion). Contudo, diferente de outros psicanalistas, o senhor sugere (Ogden, 1989a, p. 38.) que há sempre algumas qualidades da posição depressiva presentes e que, portanto, o paciente sempre tem alguma capacidade de escutar interpretações (como interpretações ou como ataques, seduções, etc.). Esse pressuposto de que até mesmo pacientes muito perturbados podem escutar interpretações como interpretações é fundamental para sua abordagem de tais pacientes no que parece ser um modo puramente analítico?

Ogden: Considero toda experiência humana como o resultado de uma inter-relação dialética de modos depressivos, esquizo-paranóides e autistas-contíguos de gerar experiência. Desse ponto de vista, a mudança psicológica não é concebida em termos de tornar o inconsciente consciente ou de transformar o id em ego. Pelo contrário, compreendo a mudança psíquica como um reflexo de uma mudança dentro da inter-relação dialética desses modos, de tal forma que uma interação mais produtiva e mutuamente preservadora e negadora se crie. Assumo, portanto, que há sempre um aspecto do paciente, por mais comprometido que esteja, que é capaz de dar sentido simbólico às intervenções que o analista está fazendo. Em outras palavras, há sempre um componente depressivo da experiência. Contudo, há ocasiões, por exemplo, no trabalho com pacientes gravemente paranóicos ou com

pacientes num estado ostensivamente maníaco, em que o indivíduo parece estar gerando experiência num modo quase exclusivamente esquizo-paranóide; ou seja, o paciente está operando num mundo de coisas-em-si-mesmas e é pouco capaz de fazer uso de símbolos verbais ou de distinguir a realidade psíquica da realidade comum, ou considerar seus pensamentos, sentimentos e comportamentos como suas próprias criações psíquicas.

Devo sublinhar que, embora uma predominância da dimensão esquizo-paranóide da experiência seja mais óbvia em formas extremas de psicopatologia, acredito que o comprometimento da capacidade do paciente para gerar experiência num modo predominantemente depressivo ocorre em cada análise. Sob tais circunstâncias, deparo-me muitas vezes com a necessidade de me apoiar em 'interpretações-em-ação', e não a criação de símbolos verbais como meio de interpretação. Isso significa que meu modo de conduzir a análise constitui uma interpretação que, mais tarde, poderá vir a ser posta em uma forma verbalmente simbolizada. Por exemplo, depois que terminei a sessão, um paciente ficou na porta da minha sala e continuou a falar sobre o que ele estava discutindo pouco antes de eu terminar a sessão. Repeti um pouco mais firmemente o que dissera um ou dois segundos antes: "Nossa hora acabou." Acredito que repetir firmemente: "Nossa hora acabou" representa uma interpretação que estava condensada na minha ação verbal. A interpretação foi transmitida não só por meio das palavras que estava pronunciando mas também pela firmeza e resolução com as quais eu as estava dizendo. Em conseqüência do trabalho analítico que precedeu os acontecimentos em questão, a interpretação-em-ação (ação verbal) transmitiu as seguintes idéias: "Pode ser que você tenha sentido que podia seduzir sua mãe e borrar os limites geracionais por via de sua cativante facilidade com as palavras, mas você também se deu conta de que os resultados dessa 'sedução' eram bastante assustadores para você e isso o deixou na posição de ser o eterno filho de sua mãe. Mesmo assim gostaria de repetir isso comigo; você também está assustado

de que eu me deixe levar por isso com você e que você não encontrará maneira de finalmente se libertar dessa forma sexualizada/infantil de vínculo com a sua mãe e comigo."

No decorrer da última década, fui tendo uma consciência crescente de que os elementos mais importantes das interpretações que tenho feito têm adotado a forma de interpretações-em-ação. Costuma haver uma certa preparação para esse aspecto de 'ato interpretativo', e sempre ocorre uma 'descompressão' da interpretação nas semanas, meses e anos que se seguem à interpretação-em-ação. Desde essa perspectiva, a 'manutenção do enquadre' da psicanálise não é um simples reflexo de uma obsessividade rígida por parte do analista, mas uma arena muito importante para a comunicação entre paciente e analista. *Acting out* e *acting in* por parte do paciente são atualmente entendidos de forma mais ampla, como sendo componentes válidos do diálogo analítico (e não simplesmente uma disrupção deste). A tarefa do analista não é conseguir que o paciente pare com o *acting out* ou *acting in,* mas 'manter' (*fold*) essas comunicações-em-ação dentro do espaço analítico. As interpretações-em-ação do analista representam um passo nesse processo.

Com pacientes muito comprometidos, a noção de interpretação-em-ação e a idéia de proporcionar um ambiente de *holding* tornam-se virtualmente conceitos sinônimos. Quando um analista hospitaliza um paciente psicótico, ele está, com efeito, oferecendo uma interpretação por meio dessa atividade, e, ao mesmo tempo, está proporcionando uma estrutura de contenção dentro da qual o paciente pode tentar reconstituir seu senso de *self.* Com efeito, ele está, dizendo (em ação) ao paciente que acredita que o que este demanda não pode ser proporcionado apenas dentro do contexto da psicanálise extra-muros; é necessário um atendimento humano mais contínuo e mais extenso, algo que o analista tentará facilitar, embora sozinho não possa proporcionar isto. Com freqüência, algo que não seja uma hospitalização pode constituir uma interpretação-em-ação que representa uma oferta de um ambiente de *holding.* Por exemplo, em certa ocasião permiti que

pacientes em estado próximo ao pânico fizessem uso da minha sala de espera como um espaço onde pudessem passar o tempo que quisessem. Mais tarde, discuti com eles o significado da experiência de passar aquele tempo na sala de espera, assim como o significado de eu permitir a eles que fizessem uso de mim dessa maneira.

Mitchell: Que papel desempenha a motivação inconsciente na sua compreensão da identificação projetiva? Nos seus exemplos clínicos, o senhor parece tomar bastante cuidado, identificando suas divagações interpretativas como suas próprias idéias e não atribuí-los ao paciente. Contudo, a hipótese teórica é de que o paciente induz um conteúdo mental no analista com propósitos de comunicação e/ou defesa. Na sua experiência clínica, esse motivo chega a ser desvendado e reconhecido como uma motivação inconsciente, ou será que a suposição da indução serve mais como estratégia clínica útil para gerar hipóteses que permitam relacionar de forma significativa a experiência do analista com a experiência presente e passada do paciente?

Ogden: Ao interpretar um evento transferencial-contratransferencial que compreendi em termos de identificação projetiva, posso às vezes dizer ao paciente que me parece que ele deve ter tido alguma dificuldade (sem percebê-lo) para fazer com que eu vivenciasse em primeira mão o que ele está vivenciando, a fim de que eu entenda como é, por exemplo, estar possuído pela inveja, ser devorado vivo pelo rancor, ser espoliado e descartado sem compaixão, e assim por diante. Ao formular a interpretação dessa maneira, estou tentando transmitir minha compreensão (sempre uma tentativa de) de que o paciente deseja ser entendido e sente inconscientemente que essa compreensão só pode acontecer se eu sentir seus sentimentos (em contraposição a vivenciar sentimentos semelhantes aos seus). O paciente está convencido de que qualquer coisa exceto eu sentir seus sentimentos o deixaria profundamente isolado e sem a esperança de estabelecer qualquer conexão comigo.

Ao mesmo tempo que considero a identificação projetiva como envolvendo esse tipo de intencionalidade inconsciente (o desejo de ser compreendido e a atividade interpessoal inconscientemente determinada associada a ele), também considero a identificação projetiva 'desintencional' (isto é, sem intencionalidade), no sentido de que a identificação projetiva constituiu um componente essencial de um estado de ser (a posição esquizo-paranóide), no qual há muito pouco senso de eu-mesmo. Num modo esquizo-paranóide de experiência, os pensamentos e sentimentos próprios são vivenciados como forças e objetos que simplesmente estão aparecendo, desaparecendo, sendo evacuados, e assim por diante. O senso de fazer algo com um propósito desempenha um papel muito limitado no vocabulário emocional desse estado de ser. Os pensamentos, sentimentos e comportamentos próprios estão caracterizados por um forte senso de automatismo. Não que se faça algo sem um propósito; faz-se algo porque se tem de fazê-lo. A necessidade de se comunicar e ser compreendido também é vivenciada dessa maneira. Assim como pode acontecer que se grite involuntariamente quando se está assustado, é preciso comunicar o próprio estado interno para um outro da maneira que for possível, inclusive por meio da indução desse estado de sentimentos no outro (que não é vivenciado como totalmente separado de nós mesmos). Prosseguindo com a analogia do grito, na identificação projetiva faz-se inconscientemente uso da mente e do corpo da outra pessoa (na fantasia e nas pressões interpessoais a ela associadas) para criar o grito que nós mesmos não podemos produzir.

Teoria e desenvolvimento

Mitchell: Ao longo da sua obra, o senhor tem-se preocupado muito com a reificação, a rigidificação e outros maus usos da teoria, lembrando a esperança de Bion de que seus leitores esquecessem imediatamente seus livros depois de os terem lido.

Na sua explicação da posição histórica (depressiva), o senhor descreve um senso de "eu-dade" que se espera que o paciente alcance por meio da análise, com a concomitante valoração da visão em perspectiva e a criação subjetiva de significados (Ogden 1986). Existe alguma relação entre a "eu-dade" do paciente e a sua idéia de que a melhor maneira de os clínicos usarem a teoria psicanalítica, inclusive seu próprio trabalho, seria considerá-la construções subjetivas construídas e transformadas através do tempo?

Ogden: Considero a teoria psicanalítica um grupo de idéias que precisam ser interpretadas e filtradas pela subjetividade do analista. Cada uma das principais linhas de pensamento que constituem a teoria analítica foi desenvolvida em grande medida na sua própria linguagem e tem sua própria epistemologia. Embora haja amplas áreas de suposições compartilhadas e, às vezes, conceitos aparentemente idênticos dentro de cada uma dessas linhas de pensamento, tenho a impressão de que não existem duas linhas de pensamento analítico que tenham gerado conceitos idênticos, até mesmo quando os mesmos termos (tais como relações de objeto, transferência, contratransferência, resistência, fantasia, pulsão, etc.) são usados para designar as idéias que estão sendo discutidas. Quando Balint, Freud, Fairbairn, Klein, Stern, Sullivan e Winnicott se referem à fantasia inconsciente, cada um está referindo-se a uma idéia claramente diferente, que foi desenvolvida no seu próprio contexto específico e em relação a corpos bastante diferentes de experiências clínicas. Em decorrência disso, cada um desses teóricos e os conceitos que emanam de suas obras têm sentido dentro dos termos de sua própria epistemologia e têm uma particular relevância para o *setting* clínico dentro do qual essas idéias foram desenvolvidas. Por exemplo, o conceito de Fairbairn de relações de objeto internas proporciona um modo particularmente poderoso de compreender a fenomenologia da transferência-contratransferência que evolui no trabalho psicanalítico com pacientes esquizóides. A obra de Kohut, em contrapartida,

tem sua própria epistemologia e uma especial aplicabilidade para a compreensão analítica dos aspectos narcisistas da personalidade.

É fácil dizer que é obrigação do analista tornar-se interlocutor de múltiplas epistemologias e integrá-las. Creio, contudo, que, na verdade, o melhor que podemos esperar é uma coexistência difícil entre uma multiplicidade de epistemologias. Nosso objetivo é tentar escapar das ciladas da ideologia e aprender com nossos esforços inadequados para pensar dentro do contexto de diferentes sistemas de idéias que, juntos, de um modo pobremente integrado, constituem a psicanálise. (Esse modo de pensar a análise não deve ser confundido com o ecletismo. Este último representa a pronta aceitação de um certo número de pontos de vista, marcada pela ausência da angústia envolvida na tentativa de lutar com formas inconciliavelmente diferentes de compreensão, cada uma delas indispensável).

A compreensão da psicanálise aqui exposta, situa o modelo das ciências naturais na posição de uma entre as muitas epistemologias que compõem a psicanálise. Num modelo de ciência natural, há um único método unificador (o método científico) por meio do qual o corpo de conhecimentos se expande. Em psicanálise temos a tarefa bem mais difícil de tentar reconciliar a diversidade de formas de conhecimento que temos à nossa disposição. Temos de compreender a história dessas linhas de pensamento, os métodos por meio dos quais elas se desenvolveram e os tipos de experiências que serviram de organizadores desse conhecimento. Cada epistemologia é, em si mesma, separada, e, ao mesmo tempo, está em tensão dialética com as outras. Cada uma está lentamente e, às vezes, dolorosamente, sendo transformada pelas outras; em decorrência disso, não estamos lidando com um corpo de conhecimento que se expande de forma linear. Por exemplo, a obra de Klein pode ser considerada uma interpretação de Freud, e a obra de Winnicott pode ser considerada uma interpretação de Klein. Além disso, devido ao fato de que os escritos de Freud contêm mais significados do que ele mesmo reconheceu, um estudo de Klein e

Winnicott, por exemplo, proporciona o caminho necessário para o desenvolvimento de uma maior compreensão da obra de Freud.

Mitchell: Na sua reinterpretação de vários conceitos kleinianos, o senhor afirma que a contribuição de Klein se caracteriza por delinear "formas pré-edípicas de preconcepção" e por retratar "modos instintivos de organizar a experiência". Em outros lugares, o senhor sublinha a noção de Winnicott a respeito de uma prontidão estrutural para encontrar objetos que satisfaçam as necessidades, uma noção mais vaga do que a especificidade sugerida por Klein. Poderíamos pensar que sua abordagem e o modo como o senhor recorre a Chomsky na sua concepção de "estrutura psicológica profunda" (Ogden, 1984, 1986), sugere uma reinterpretação do conceito freudiano de "pulsão" numa linha mais cognitiva do que energética? O senhor considera o termo *experiência instintiva* útil no interior de seu pensamento atual? O que isso significa para o senhor? O senhor considera útil o pressuposto de Klein de objetos *a priori* específicos?

Ogden: A revisão ou modernização da teoria das pulsões que propus representa uma tentativa de integrar no pensamento analítico alguns dos avanços do pensamento estruturalista que ocorreram desde o tempo de Freud. O pensamento estruturalista (por exemplo, as contribuições de Chomsky, Lévi-Strauss e Piaget) avançou muito se compararmos com o que existia na época em que Freud e Klein estavam desenvolvendo suas idéias. Pareceu-me, portanto, útil incorporar o pensamento estruturalista moderno, particularmente a obra de Chomsky na área da lingüística, na tentativa de dar consistência ao que estava implícito no estruturalismo de Freud e Klein. Minha concepção da estrutura psicológica profunda é simplesmente uma maneira de descrever a existência de moldes biologicamente determinados que servem para organizar a imensa quantidade de dados da experiência com os quais o bebê-criança é inundado. Tenho a impressão de que sem estruturas psicológicas profundas não haveria a comunidade de personalida-

des humanas que caracteriza nossa espécie. Em última instância, somos muito mais parecidos do que diferente no que se refere a nossa organização psíquica fundamental e conjunto de crenças, medos, fantasias, inconscientes.

Já em 1949, Isaacs, na sua defesa do conceito kleiniano da atividade de fantasia inicial, introduziu a idéia de que o objeto (por exemplo, o seio) é, de alguma forma, inerente à (componente de sução da) pulsão (libidinal). Em outras palavras, o seio na qualidade de objeto está, de alguma forma, antecipado no componente oral da pulsão sexual. Nesse contexto, a noção do seio se refere mais a uma sensação do que a uma idéia. Concordo com Freud e os kleinianos de que fantasias universais e até mesmo constelações de fantasias tais como a fantasia da cena primária, a angústia de castração, fantasias de sedução infantil e o complexo de Édipo, representam um resultado da prontidão para organizar experiências segundo linhas predeterminadas. Por exemplo, a experiência das nossas fezes caindo no vaso dá forma ao que antes foi uma "preconcepção" (Bion, 1962b), um conjunto de significados que não se realizam antes que a preconcepção encontre sua realização numa experiência real. A criança organiza, com angústia, tais experiências em termos de fantasias de perda de, de dano a importantes partes do corpo, particularmente a genitália.

O pensamento estruturalista é vítima da falácia lamarckiana de postular a existência de idéias herdadas (em oposição a uma prontidão para organizar estímulos segundo linhas predeterminadas) quando se torna específico demais sobre os conteúdos das fantasias que são consideradas reflexos da estrutura profunda. As fantasias infantis fundamentais, tais como a fantasia de comer ou ser comido pela mãe, têm elementos daquilo que eu consideraria reflexos da estrutura psíquica profunda; ao mesmo tempo, a fantasia particular elaborada pela criança incorpora a experiência única de cada criança com sua mãe.

Uma vez tendo esclarecido isso, creio ser importante enfatizar que corremos o perigo de jogar fora o bebê junto com a

água do banho, como é o caso quando o conceito analítico de pulsão é entendido estritamente em termos da organização de significados pessoais. Fazer isso, equivale a ignorar grande parte do cerne do *insight* de Freud sobre a natureza dos seres humanos. A psicologia de Freud está fundamentada em duas idéias básicas: (1) o caráter central da inter-relação entre consciência e inconsciente; e (2) a idéia de que a principal motivação para todas as atividades humanas, a psicopatologia, as realizações culturais, e assim por diante, é a paixão sexual e o esforço para controlá-la. Desde essa perspectiva, a idéia da experiência instintiva é uma concepção da paixão humana como um meio pelo qual a experiência ganha sentido. As paixões humanas e a organização dos significados pessoais são conceitos profundamente interdependentes. Quando tentamos separá-los (paixão e significado), chegamos a concepções a respeito do ser humano que pendem indevidamente, quer para a concepção do indivíduo submetido a uma energia sem forma, quer para a concepção do indivíduo como uma entidade que procura vínculos, descentrada de suas paixões biologicamente fundamentadas.

Mitchell: Na sua explicação de Winnicott em *The matrix of the mind* (Ogden 1986), o senhor aborda a organização esquizo-paranóide essencialmente em termos de um colapso de 'trindade' (*threeness*), uma resposta defensiva ao que Winnicott considerava uma "falha ambiental". Contudo, em *The primitive* edge *of experience* (Ogden, 1989a), o senhor desenvolve uma idéia da posição esquizo-paranóide como um componente perpétuo, refrescante e produtivo de qualquer experiência. O senhor acha que há um caráter rítmico inerente à experiência, que naturalmente nos faz retornar à pureza e clareza da posição esquizo-paranóide, ou que tal retorno é sempre uma resposta defensiva ao perigo ou ao fracasso?

Ogden: A questão da relação entre a posição esquizo-paranóide e outros aspectos da experiência é muito interessante. Como já discuti, acredito ser essencial que consideremos essas posições ou estados de ser como dialeticamente coexistentes.

Desse ponto de vista, a natureza puramente seqüencial ou até mesmo defensiva dessas posições ou estados deixa de ser enfatizada. Embora Klein tenha introduzido o conceito de posições como um modo de ir além da noção de fase ou estágio, creio que ela não avaliou plenamente a importância de sua contribuição. Muitas vezes ela cometia o lapso de tratar essas posições como fases de desenvolvimento, e, nessas oportunidades, deparava-se com grandes dificuldades teóricas. Um dos aspectos mais criticados de seu pensamento é sua insistência em associar a posição esquizo-paranóide aos primeiros três meses de vida, e a posição depressiva aos três meses de vida seguintes. Ao fazê-lo, ela deixou de reconhecer que o conceito de posição representa um avanço teórico significativo em relação ao conceito de estágio de desenvolvimento.

A relação entre as posições não é fundamentalmente seqüencial, e nem mesmo hierárquica. Pelo contrário, as posições estão dialeticamente relacionadas, assim como os conceitos de mente consciente e mente inconsciente só têm sentido se forem considerados numa inter-relação dialética, mutuamente criadora, negadora e preservadora. Por exemplo, não penso na posição depressiva como subseqüente à posição esquizo-paranóide, mas como existente desde o começo como um elemento da experiência. Isso não significa que o bebê, ao nascer, perceba a si mesmo e a sua mãe como objetos totais e separados. Eu diria que: mesmo nos momentos iniciais da vida, o bebê tem algum senso rudimentar de alteridade contra o qual se choca. Ao mesmo tempo, há um aspecto da consciência no qual o bebê e o outro fazem-um. Essas compreensões não representam afirmações contraditórias. Representam, antes, tentativas de descrever a coexistência de múltiplos estados de consciência. (Quando falo de consciência, não estou referindo-me à capacidade de autopercepção reflexiva, que é uma qualidade da consciência que aparece muito mais tarde na vida).

Gostaria de retomar agora a pergunta de a posição esquizo-paranóide representar um colapso da 'trindade' e, nesse sentido, representar uma resposta defensiva a uma 'falha ambiental'. Acho

que eu expressaria isso de uma forma diferente da que ocorre em *The matrix of the mind.* Creio que uma forma mais precisa de expressar essa idéia seria dizer que a falha ambiental pode levar a uma mudança na inter-relação dialética entre as posições autista-contígua, esquizo-paranóide e depressiva. Quando há um colapso do funcionamento da unidade mãe-bebê, o papel da mãe como alguém que proporciona um anteparo contra sentimentos de desamparo num mundo de objetos não-eu, tem de ser assumido pelo próprio bebê. Em outras palavras, aquilo que fora, em grande medida, uma forma intersubjetiva e interpessoal de defesa ou ilusão tem de se tornar cada vez mais um ato intrapsíquico de autodefesa por parte do bebê. O bebê se protege pelo uso de uma crescente dependência de formas onipotentes de pensamento em oposição à dependência de estados de ilusão interpessoalmente criados. O que antes fora predominantemente uma experiência com a (invisível) mãe-como-ambiente, tornou-se agora a experiência da mãe-como-objeto (contra quem o bebê às vezes tem de se proteger).

A explicação que acabei de dar sobre a relação entre a posição esquizo-paranóide e uma falha ambiental (no sentido winnicottiano) é um bom exemplo de um lugar em que sinto que meus esforços para criar uma teoria analítica 'integrada' levam as metapsicologias kleinianas e winnicottianas a seu ponto de ruptura. Ambas as linhas de pensamento analítico podem ser relacionadas entre si da forma como acabei de tentar fazer, mas o ajuste não é de forma alguma sem 'costuras'.

Mitchell: Na sua reelaboração do desenvolvimento pré-edípico e edípico (Ogden, 1987, 1989a,c), o senhor tende a designar o papel do pai principalmente à fase edípica e atribuir a experiência de virilidade no princípio aos objetos paternos internos da mãe e às identificações masculinas desta. Como o senhor pensa o papel do pai como pessoa real durante a fase pré-edípica? O senhor acredita que o pai também possa servir de objeto subjetivo, onipotentemente controlado, antes de ele ser vivenciado como um objeto plenamente externo?

Ogden: Creio que uma parte importante do desenvolvimento precoce envolve o estabelecimento do reconhecimento da diferença sexual, da diferença de gerações e da diferença de papéis dentro da família. Um importante corolário dessa afirmação é a idéia de que a mãe tem de ser capaz de carregar dentro de si o objeto interno pai, e o pai tem de ser capaz de carregar dentro de si o objeto interno mãe. Em conseqüência, a maternagem é proporcionada tanto pelo pai quanto pela mãe, assim como a mãe no "período transicional edípico" (Ogden, 1987, 1989a) ocupa a função de pai psíquico assim como de mãe.

É tão essencial que o pai seja capaz de funcionar como objeto subjetivo quanto que a mãe seja capaz de desempenhar esse papel. Acredito, contudo, que é um exagero dizer simplesmente que mãe e pai são intercambiáveis. A versão do pai a respeito do que venha a ser um objeto subjetivo é diferente da versão da mãe. Do ponto de vista da mãe, o pai nunca faz isso direito (e geralmente, o pai, consciente ou inconscientemente, concorda). Creio que é assim que deve ser, já que considero essa assimetria o correlato vivencial da idéia de que o pai nunca pode ser completamente a mãe, e nem deveria ser. O objeto subjetivo proporcionado pelo pai está sempre 'um pouco por fora'. Paradoxalmente, o bebê, a mãe e o pai percebem inconscientemente que o pai tem uma individualidade singular que se reflete na sua forma de proporcionar o objeto subjetivo. Creio que o desenvolvimento tem de ser um pouco torto, nunca perfeitamente simétrico, de forma que sempre haja bordas que impulsionem para fora. É claro que estou descrevendo esse conjunto de experiências precoces do ponto de vista da família na qual a mãe é quem fornece os primeiros cuidados. Em circunstâncias nas quais o pai é quem desempenha essa função, eu consideraria a situação como invertida, com a mãe fornecendo um objeto subjetivo que está 'um pouco por fora'.

Não vejo razões para a mãe ser quem fornece os primeiros cuidados, nem acredito ser necessário que a mãe represente o componente do casal parental que esteja identificado com 'maciez'

e receptividade. Acredito, contudo, que a diferença é necessária para que o bebê desenvolva uma concepção da complementaridade entre os sexos, uma concepção do pênis e da vagina como complementares na cena primária. Por meio desse reconhecimento, cada um de nós tem de enfrentar dolorosamente a idéia de que se é macho ou fêmea, e não ambos. Nesse reconhecimento da diferença e da complementaridade está envolvida a renúncia a um aspecto da onipotência primitiva. As feridas narcísicas decorrentes do reconhecimento da diferença sexual e da diferença de gerações são aspectos essenciais da elaboração da posição depressiva e da localização de si mesmo no mundo da realidade consensual.

Mitchell: Na sua descrição do desenvolvimento pré-edípico e edípico, o senhor parece conceber como mais fundamental não o desabrochar das próprias pulsões parciais psicossexuais, mas a transição na relação objetal da onipotência subjetiva sobre os objetos, para uma experiência da externalidade do outro. O senhor considera essa reinterpretação, que parece inverter a relação entre meios e fins da sexualidade e das relações objetais, basicamente diferente da teoria do desenvolvimento clássica ou meramente uma elaboração?

Ogden: Sua pergunta é interessante porque sublinha para mim o fato de que não considero a relação entre a sexualidade e as relações objetais como tendo uma relação de meio e fim ou de causa e efeito entre si. Não considero uma primária e a outra secundária. Tampouco subscreveria a opinião de Fairbairn de que a sexualidade é apenas um tipo de relação de objeto, nem uma visão (muitas vezes atribuída a Freud) de que o objeto é simplesmente um caminho pelo qual a tensão pulsional é descarregada. (A idéia de Freud sobre a relação entre as relações de objeto e a sexualidade é, na verdade, muito mais complexa do que o mero modelo da descarga pulsional.)

Considero, pelo contrário, a relação objetal e a sexualidade aspectos inseparáveis. Ambas são qualidades da experiência humana. É impossível dizer o que quer que seja sobre um desses aspectos da experiência humana sem fazer referência ao outro. Por isso, parecer-me-ia incorreto dizer que a transição da relação com objetos subjetivos para a relação com a externalidade dos objetos é mais fundamental do que a elaboração da sexualidade, ou um meio de alcançá-la.

Nos artigos que escrevi sobre o desenvolvimento pré-edípico e edípico, tentei apresentar um modo de conceituar as maneiras pelas quais cada criança necessita desenvolver uma relação objetal 'transicional edípica' com a mãe, ou seja, simultaneamente uma relação com a mãe pré-edípica e com o pai edípico (dentro da mãe), sem ser confrontada pela questão de qual é qual. Essa forma de relação com o outro (que é e não é totalmente apreciado como outro) é parte do processo pelo qual vivenciamos a nós mesmos como estando vivos sexualmente de um modo cada vez mais complexo.

Percebo, ao discutir essas idéias, que não considero minha perspectiva uma alternativa à noção clássica do desenvolvimento sexual por fases, seqüencial, nem vejo isso simplesmente como uma elaboração da teoria clássica. Eu consideraria meu pensamento um reflexo de idéias que emanam de um estágio de desenvolvimento do diálogo analítico bastante diferente daquele que serviu de contexto para o desenvolvimento e elaboração do pensamento de Freud sobre esse assunto. As contribuições de Balint, Bion, Fairbairn, Klein, Lacan, Sullivan, Tustin e Winnicott (para nomear apenas alguns) alteraram significativamente a natureza (assim como o conteúdo) do pensamento analítico, e é a partir desse estado de coisas (a ser superado em breve pela evolução do diálogo analítico) que minhas idéias ganharam forma.

Bibliografia

ALEXANDER, F. & FRENCH, T. 'The principle of corrective emocional experience'. *Psychoanalytic therapy: principles and applications*. Nova Iorque, Ronald Press, 1946, pp. 66-70.

ANTHONY, J. 'An experimental approach to the psychopathology of childhood: autism'. *British journal of medical psychology* (1958), 31 pp. 211-225.

ANZIEU, D. *The skin ego.* Madison, CT: International Universities Press, 1985.

ARLOW, J. & BRENNER, C. *Psychoanalytic concepts and the structural theory.* Nova Iorque: International Universities Press, 1946.

ATWOOD, G. & STOLOROW, R. *Structures of subjectivity: explorations in psychoanalytic phenomenology*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1984.

BALINT, M. *The basic fault*. Londres: Tavistock, 1968.

BIBRING, E. 'The so-called english school of psychoanalysis'. *Psychoanalytic quarterly* 16 (1947), pp.:69-93.

BICK, E. 'The experience of the skin in early object relations'. *International journal of psycho-analysis* 49 (1968), pp. 484-486.

____ 'Further considerations on the function of the skin in early object relations'. *British journal of psychoterapy* 2, (1986), pp. 292-299.

BION, W. R. (1952). 'Group dynamics: a review'. *Experiences in groups*. Nova Iorque, pp. 141-192. Basic Books, 1959.

____ 'Attacks on linking'. *International journal of psycho-analysis* 40, (1959), pp. 308-315.

____ '*Learning from experience*'. Nova Iorque, Basic Books, 1962a.

____ (1962b). 'A theory of thinking'. In *second thoughts*. Nova Iorque, Jason Aronson, 1967, pp. 110-119.

____ (1963). '*Elements of psycho-analysis*'. *Seven servants*. Nova Iorque, Jason Aronson, 1977.

____ 'On arrogance'. *Second thoughts*. Nova Iorque, Jason Aronson, 1967, pp. 86-92.

____ Apresentação, não-publicada, no Children´s Hospital, São Francisco, CA, 1977.

BLECHNER, M. 'Working in the countertransference'. *Psychoanalytic dialogues: A journal of relational perspectives* 2, (1992), pp.161-179.

BLEGER, J. 'Modalidades de la relación objectal'. *Revista de Psicoanálisis* 19:1-2, 1962.

BOLLAS, C. '*The shadow of the object*': *psychoanalysis of the unthought known*. Nova Iorque, Columbia University Press, 1987.

BOWER, T. G. R. 'The Object in the world of the infant'. *Scientific American* 225, (1977), pp. 30-48.

BOYER, L. B. 'Provisional evaluation of psycho-analysis with few parameters in the treatment of schizophrenia'. *International journal of psycho-analysis* 42, (1961), pp. 389-403.

___ *The regressed patient*. Nova Iorque, Jason Aronson, 1983.

___ 'Thinking of the interview as if it were a dream'. *Contemporary psychoanalysis* 24, (1988), pp. 275-281.

___ 'Roles played by music as revealed during countertransference facilitated transference regression'. *International journal of psycho-analysis* 73, (1992), pp. 55-70.

___ 'Countertransference: brief history and clinical issues with regressed patients'. *Master clinicians on treating the regressed patient*, org. L. B. Boyer & P. L. Giovacchini. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1993, vol. 2, pp. 1-22.

BRAZELTON, T. B. *On Becoming a Family: The Growth of Attachment*, Nova Iorque, DeltaSeymour Lawrence, 1981.

BUBER, M. *I and thou*, trad. W. Kaufmann. Nova Iorque, Scribners, 1970.

CASEMENT, P. 'Some pressures on the analyst for physical contact during the reliving of an early trauma'. *International review of psycho-analysis* 9, (1982), pp. 279-286.

COLTART, N. 'Slouching towards Bethlehem... or thinking the unthinkable in psychoanalysis'. *British School of Psychoanalysis: the independent tradition*, org. G. Kohon. New Haven, CT, Yale University Press, 1986, pp. 185-199.

EIMAS, P. 'Speech perception in early infancy'. '*Infant perception: from sensation to cognition*', org. L. B. Cohen e P. Salapatek. Nova Iorque, Academic Press, 1975, pp. 193-228.

ELIOT, T. S. (1919). 'Tradition and individual talent'. *Selected essays*. Nova Iorque, Harcourt, Brace and World, 1960, pp. 3-11.

ERIKSON, E. *Childhood and society*, Nova Iorque, Norton, 1950.

ETCHEGOYEN, R. H. *The fundamentals of psychoanalytic technique*. Londres, Karnac, 1991.

FAIN, M. 'Prélude à la vie fantasmatique'. *Revue française de psychanalyse* 35, (1971), pp. 292-364.

FAIRBAIRN, W. R. D. *An object relations theory of the personality*. Nova Iorque, Basic Books, 1952.

FEDERN, P. *Ego psychology and the psychoses*. Nova Iorque, Basic Books, 1952.

FERENCZI, S. (1921). The further development of an "active therapy" in psychoanalysis. *Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis*, trad. J. Suttie. Nova Iorque, Brunner Mazel, 1980.

FORDHAM, M. *Autism and the self*. Londres, Heinemann, 1977.

FREUD, S. (1893-1895). 'Studies on hysteria'. *Standard Edition* 2.

____ (1900). 'The interpretation of dreams'. *Standard Edition* 45.

____ (1909). 'Notes upon a case of obsessional neurosis'. *Standard Edition* 10.

____ (1911). 'Formulations on the two principles of mental functioning'. *Standard Edition* 12.

____ (1915a). 'Instincts and their vicissitudes'. *Standard Edition* 14.

____ (1915b). 'The unconscious'. *Standard Edition* 14.

____ (1916-1917). 'Introductory lectures on psycho-analysis. XVIII: Fixation to traumas – the unconscious'. *Standard Edition* 16.

____ (1917). 'A difficulty in the path of psycho-analysis'. *Standard Edition* 17.

____ (1920). 'Beyond the pleasure principle'. *Standard Edition* 18.

____ (1923). 'The ego and the id'. *Standard Edition* 19.

____ (1925a). 'A note upon the "mystic witing-pad'. *Standard Edition* 19.

____ (1925b). 'Negation'. *Standard Edition* 19.

____ (1926a). 'Inhibitions, symptoms and anxiety'. *Standard Edition* 20.

____ (1926b). 'On the question of lay analysis'. *Standard Edition* 20.

____ (1927). 'Fetichism'. *Standard Edition* 21.

____ (1930). 'Civilization and its discontents'. *Standard Edition* 21.

____ (1933). 'New introductory lectures on psycho-analysis. XXXI: The dissection of the psychical personality'. *Standard Edition* 22.

____ (1940). 'An outline of psycho-analysis'. *Standard Edition* 23.

GABBARD, G. 'Technical approaches to transference hate in the analysis of borderlines patients'. *International Journal of Psycho-Analysis* 72:625-639, 1991.

GADDINI, E. 'On imitation'. *International journal of psycho-analysis* 50 (1969), pp. 475-484.

____ (1982). 'Early defensive phatasies and the psychoanalytic process'. *A psychoanalytic theory of infantile experience: conceptual and clinical reflections*, org. A. Limentani. Londres, Routledge, 1992, pp. 142-153.

____ 'Notes on the mind-body question'. *International journal of psycho-analysis* 68 (1987).pp. 315-330.

GADDINI, R. 'Transitional object origins and the psychosomatic symptom'. *Between reality and fantasy*, org. S. E. Grolnick, L. Barkin e W. Munsterberger. Nova Iorque, Jason Aronson, 1978, pp. 109-131.

____ 'Early care and the roots of internalization'. *International review of psycho-analysis* 14 (1987) pp. 321-334.

GIOVACCHINI, P. *Treatment of primitive mental states*. Nova Iorque, Jason Aronson, 1979.

GREEN, A. 'The analyst, symbolization and absence in the analytic setting (on changes in analytic practice and analytic experience)'. *International journal of psycho-analysis* 56 (1975) pp. 1-22.

GRINBERG, L. 'On a specific aspect of countertransference due to the patient´s projective identification'. *International journal of psycho-analysis* 43 (1962) pp. 436-440.

GROSSMAN, W. 'The self as fantasy: fantasy as theory'. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 30 (1962) pp. 919-938.

GROTSTEIN, J. S. 'Inner space: its dimensions and its coordinates'. *International journal of psycho-analysis* 59: (1978), pp. 55-61.

____ *Splitting and projective identification*. Nova Iorque, Jason Aronson, 1981.

____ *Schizophrenia as a disorder of self-regulation and interactional regulation*. Apresentado na Conferência da Boyer House Fundation: The Regressed Patient, São Francisco, CA, 21 de Março de 1987.

GRUNBERGER, B. *Narcissism: psychoanalytic essays*, trad. J. S. Diamanti, Madison, CT, International Universities Press, 1971.

GUNTRIP, H. *Schizoid phenomena, object-relations, and the self.* Nova Iorque, International Universities Press, 1969.

HABERMAS, J. (1968). *Knowledge and human interests*, trad. J. Shapiro. Boston, MA, Beacon Press, 1971.

HARTMANN, H. 'Comments on the psychoanalytic theory of the ego'. *Psichoanalytic study of the child*. Nova Iorque, International Universities Press, 5 (1950), pp. 74-96.

HARTMANN, H., KRIS, E. e LOEWENSTEIN R. 'Comments on the formation of psychic structure'. *Psychoanalytic study of the child*. Nova Iorque, International Universities Press, 2 (1946), pp. 11-38.

HEGEL, G. W. F. (1807). *Phenomenology of spirit,* trad. A. V. Miller. Londres, Oxford University Press, 1977.

HEIMANN, P. 'On counter-transference'. *International journal of psycho-analysis* 31 (1950), pp. 81-84.

HOFFMAN, I. 'Some practical implications of a social-constructivist view of the psychoanalytic situation'. *Psychoanalytic dialogues: a journal of relational perspectives* 2, (1992), pp. 287-304.

HYPPOLITE, J. 'A spoken commentary on Freud's *Verneinung. The seminar of Jacques Lacan. Book I: Freud's Papers on Technique, 1953-54*, trad. J. Forrester, pp 289-297. Nova Iorque: Norton, 1988.

ISAACS, S. (1949). 'The nature and funcion of phantasy'. *Developments in psycho-analysis*, org. M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs e J. Rivière. Londres, Hogarth Press, 1952, pp. 67-121.

JACOBS, T. *The use of the self: countertransference and communication in the analytic setting*. Madison, CT, International Universities Press, 1991.

JACOBSON, E. *The self and the object world*. Nova Iorque, International Universities Press, 1964.

JOSEPH, B. 'Addiction to near death'. *International journal of psycho-analysis* 63, (1982), pp. 449-456.

____ 'Transference: the total situation'. *International journal of psycho-analysis* 66, (1985), pp. 447-454.

____ 'Projective identification: some clinical aspects'. *Melanie Klein Today, Mainly Theory*, org. E. Spillius. Nova Iorque, Routledge, 1988, vol. 2, pp. 138-150.

KANNER, L. 'Early infantile autism'. *Journal of pediatrics,* 25, (1944), pp. 211-217.

KERNBERG, O. '*Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Nova Iorque, Jason Aronson, 1976.

____ *Internal world and external reality*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1985.

____ 'Projection, projective identification: developmental, clinical'. *Journal of the American Psychoanalytic Association,* 35, (1987), pp. 795-820.

KHAN, M. M. R. *The privacy of the self*. Nova Iorque, International Universities Press,1964.

KLAUBER, J. (1976). 'Elements of the psychoanalytic relationship and their therapeutic implications'. *The British School of Psychoanalysis: the independent tradition*, org. G. Kohon. New Haven, CT, Yale University Press, 1986, pp. 200-213.

KLEIN, M. (1932). 'The effect of early anxiety situations on the sexual development of the girl'. *The psycho-analysis of children*. Nova Iorque, Humanities Press, 1969, pp. 268-325.

____ (1935). 'A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states'. *Contributions to psycho-analysis, 1921-1945*. Londres, Hogarth Press, 1968, pp. 282-311.

____ (1946). 'Notes on some schizoid mechanisms'. *Envy and gratitude and other works, 1946-1963*. Nova Iorque, Delacorte, 1975, pp. 1-24.

____ (1948). 'On the theory of anxiety and guilt'. *Envy and gratitude and other works, 1946-1963*. Nova Iorque, Delacorte, 1975, pp. 25-42.

____ (1952a). 'Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant'. *Envy and gratitude and other works, 1946-1963*. Nova Iorque, Delacorte, 1975, pp.61-93.

____ (1952b). 'The origins of transference'. *Envy and gratitude and other works, 1946-1963*. Nova Iorque, Delacorte, 1975, pp.48-56.

____ (1952c). 'Mutual influences in the development of ego and id'. *Envy and gratitude and other works, 1946-1963*. Nova Iorque, Delacorte, 1975, pp.57-60.

____ (1955). 'On identification'. *Envy and gratitude and other works, 1946-1963*. Nova Iorque, Delacorte, 1975, pp.141-175.

____ (1957). 'Envy and gratitude'. *Envy and gratitude and other works, 1946-1963*. Nova Iorque, Delacorte, 1975, pp.176-235.

____ (1958). 'On the development of mental functioning'. *Envy and gratitude and other works, 1946-1963*. Nova Iorque, Delacorte, 1975, pp.236-246.

KLEIN, S. 'Autistic phenomena in neurotic patients'. *International journal of psycho-analysis*, 61, (1980), pp. 395-401.

KOHUT, H. *The analysis of the self.* Nova Iorque, International Universities Press, 1971.

____ *The Restoration of the self.* Nova Iorque, International Universities Press, 1977.

KOJÈVE, A. (1934-1935). *Introduction to the reading of Hegel*, trad. J. H. Nichols. Ithaca, Nova Iorque: Cornell University Press, 1969.

KRIS, E. *Psychoanalytic explorations in art*. Nova Iorque, International Universities Press,1950.

KUNDERA, M. *The unbearable lightness of being*, trad. M. H. Hein. Nova Iorque, Harper and Row, 1984.

LACAN, J. (1951). 'Intervention sur le transfert'. In *Écrits*. Paris, Seuil, 1966, pp. 215-226.

____ (1953). 'The function and field of speech and language in psycho-analysis'. *Écrits: a selection*, trad. A. Sheridan. Nova Iorque, Norton, 1977, pp. 30-113.

____ (1954-1955). *The seminar of Jacques Lacan. Book II: The Ego in Freud's theory and in the technique of psychoanalysis, 1954-1955*, trad. S. Tomascelli. Nova Iorque, Norton, 1988.

____ (1957). 'On a question preliminary to any possible treatment of psychosis'. *Écrits: a selection*, trad. A. Sheridan. Nova Iorque: Norton, 1977, pp. 179-225.

____ (1966a). 'The agency of the letter in the unconscious or reason since Freud'. *Écrits: a selection*, trad. A. Sheridan. Nova Iorque, Norton, 1977, pp. 146-178.

___ (1966b). 'Position de l'inconscient'. *Écrits*. Paris, Seuil, 1966, pp. 829-850.

LANGS, R. *The Listening Process*. Nova Iorque, Jason Aronson, 1978..

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J-B. (1967). *The language of psychoanalysis*, trad. D. Nicholson-Smith. Nova Iorque, Norton, 1973.

LEWIN, B. *The psychoanalysis of elation*. Nova Iorque, Psychoanalytic Quartely Press, 1950.

LICHTENSTEIN, H. 'The dilemma of human identity: notes on self-transformation, self-objectivation, and metamorphosis'. *Journal of the american psychoanalytic association* 11, (1963), pp. 173-223.

LITTLE, M. 'Counter-transference and the patient's response to it'. *International journal of psycho-analysis* 32, (1951), pp. 32-40.

___ 'On basic unity'. *International journal of psycho-analysis* 41, (1960), pp. 377-384.

LOEWALD, H. 'On the therapeutic action of psychoanalysis'. *International journal of psycho-analysis* 41, (1960), pp. 16-33.

___ *Papers on psychoanalysis*. New Haven, CT, Yale University Press, 1980.

LOEWENSTEIN, R. 'Defensive organization and adaptative ego functions'. *Journal of the american psychoanalytic association*, 15, (1967), pp. 795-809.

MAHLER, M. 'On childhood psychoses and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychoses'. *Psychoanalytic study of the child*. Nova Iorque, International Universities Press, 7, (1952), pp. 286-305.

____ *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. Nova Iorque, International Universities Press, 1968, vol. 1.

MARCELLI, D. 'La position autistique. Hypothèses psychopathologiques et ontogénétiques'. *Psychiatrie enfant,* 24, (1983), pp. 5-55.

MARCUSE, H. (1960). 'Preface: a note on dialectic'. *Reason and Revolution: Hegel and the Rise of Social Theory*, pp. vii-xiv. Boston: Beacon Press.

MCDOUGALL, J. 'The psychosoma and the psychoanalytic process'. *International review of psycho-analysis,* 1, (1974), pp. 437-459.

____ 'Countertransference and primitive communication'. *Plea for a measure of abnormality*. Nova Iorque, International Universities Press, 1978, pp. 247-298.

MCLAUGHLIN, J. 'Clinical and theoretical aspects of enactment'. *Journal of the american psychoanalytic association*, 39, (1991), pp. 595-614.

MELTZER, D. 'The relation of anal masturbation to projective identification'. *International journal of psycho-analysis,* 47, (1966), pp. 335-342.

____ 'Adhesive identification'. *Contemporary psychoanalysis*, 11, (1975), pp. 289-310.

____ *The kleinian development. Part III. The clinical significance of the work of Bion*. Perthshire, Escócia, Clunie Press, 1978.

____ Discussion of Esther Bick's paper: Further considerations on the function of the skin in early object relations. *British journal of psychotherapy*, 2, (1986), pp. 300-301.

MELTZER, D., BREMNER, J., HOXTER, S. et al. *Explorations in autism*. Perthshire, Escócia, Clunie Press, 1975.

MILNER, M. *The hands of the living God*. Londres, Hogarth, 1969.

MITCHELL, S. *Relational concepts in psychoanalysis: an integration*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1988.

——— 'Contemporary perspectives on self: toward an integration'. *Psychoanalytic dialogues: a journal of relational perspectives*, 1, (1991), pp. 121-147.

——— *Hope and dread in psychoanalysis*. Nova Iorque, Basic Books, 1993.

MODELL, A. '"The holding environment" and the therapeutic action of psychoanalysis'. *Journal of the american psychoanalytic association*, 24, (1976), pp. 285-308.

MONEY-KYRLE, R. 'Normal counter-transference and some of its deviations'. *International journal of psycho-analysis*, 37, (1956), pp. 360-366.

OGDEN, T. 'A developmental view of identifications resulting from maternal impingements'. *International journal of psycho-analytic psychotherapy*, 7, (1978a), pp. 486-507.

——— 'A reply to Dr. Ornston´s discussion of "A developmental view of identifications resulting from maternal impingements"'. *International journal of psycho-analytic psychotherapy*, 7, (1978b), pp. 528-532.

——— 'On projective identification'. *International journal of psycho-analysis*, 60, (1979), pp. 357-373.

——— 'On the nature of schizophrenic conflict'. *International journal of psycho-analysis*, 61, (1980), pp. 513-533.

____ 'Projective identification and psychiatric hospital treatment'. *Bulletin of the menninger clinic*, 45, (1981), pp. 317-333.

____ '*Projective identification and psychotherapeutic technique*'. Nova Iorque, Jason Aronson, 1982a.

____ 'Treatment of the schizophrenic state of non-experience'. *Technical factors in the treatment of the Severely disturbed patient*, org. L. B. Boyer e P. L. Giovacchini. Nova Iorque: Jason Aronson, 1982b, pp. 217-260.

____ 'Instinct, phantasy and psychological deep structure: a reinterpretation of aspects of the work of Melanie Klein'. *Contemporary psychoanalysis*, 20, (1984), pp. 500-525.

____ 'On potential space'. *International journal of psycho-analysis*, 66, (1985), pp. 129-141.

____ *The matrix of the mind: object relations and the psychoanalytic dialogue*. Northvale, Jason Aronson, 1986.

____ 'The transitional oedipal relationship in female development'. *International journal of psycho-analysis*, 68, (1987), pp. 485-498.

____ 'On the dialectical structure of experience: some clinical and theoretical implications'. *Contemporary psychoanalysis*, 24, (1988), pp. 17-45.

____ *The primitive edge of experience*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989a.

____ 'On the concept of an autistic-contiguous position'. *International journal of psycho-analysis*, 70, (1989b), pp. 127-140.

____ 'The threshold of the male Oedipus complex'. *Bulletin of the menninger clinic*, 53, (1989c), pp. 394-413.

ONDAATJE, M. *In the skin of the lion.* Nova Iorque, Knopf, 1987.

O'SHAUGHNESSY, E. 'Words and working through'. *International journal of psycho-analysis*, 64, (1983), pp. 281-290.

PICK, I. (1985). 'Working through in the counter-transference'. *Melanie Klein Today, Mainly practice*. org. E. Spillius. Londres, Routledge, 1988, vol. 2.

PONTALIS, J-B. (1972). 'Between the dream as object and the dream-text'. *Frontiers in psycho-analysis: between the dream and psychic pain*. Nova Iorque, International Universities Press, 1981, pp. 23-55.

PUIG, M. (1980). *Eternal curse on the reader of these pages*. Nova Iorque, Random House, 1982.

RACKER, H. 'Observaciones sobre la contratransferencia como instrumento técnico; comunicación preliminar'. *Revista de psicoanálisis*, 9, (1952). 342-354.

____ *Transference and countertransference*. Nova Iorque, International Universities Press, 1968.

REIDER, N. 'A type of transference to institutions'. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, (1953), pp. 58-63.

RICOEUR, P. *Freud and philosophy: an essay on Interpretation.* trad. D. Savage. New Haven, CT, Yale University Press, 1970.

ROSENFELD, D. 'Hypochondrias, somatic delusion, and body schema in psychoanalytic practice'. *International journal of psycho-analysis*, 65, (1984), pp. 377-388.

—— *The psychotic: aspects of the personality*. Londres, Karnac, 1992.

ROSENFELD, H. 'Notes on the psycho-analysis of the superego conflict on an acute schizofrenic patient'. *International journal of psycho-analysis*, 33, (1952), pp. 111-131.

____ *Psychotic States: A Psycho-analytic approach*. Nova Iorque, International Universities Press, 1965.

____ 'Contribution to the psychopathology of psychotic states: the importance of projective identification in the ego structure and the object relations of the patient'. *Problems of psychosis.* org. P. Doucet e C. Laurin. Amsterdã, Excerpta Medica.

____ 'Notes on the psychopathology and psychoanalytic treatment of some borderline patients'. *International journal of psycho-analysis*, 59, (1978), pp. 2215-221.

____ *Impasse and interpretation*. Londres, Tavistock, 1987.

SANDER, L. 'Adaptive relations in early mother-child interactions'. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 3, (1964), pp. 231-264.

SANDLER, J. 'Countertransference and role responsiveness'. *International review od psycho-analysis*, 3, (1976), pp. 43-47.

____ *From safety to superego*. Nova Iorque, Guilford, 1987.

SARTRE, J.P. (1943). *Being and nothingness.* trad. H. Barnes. Nova Iorque, Philosophical Library, 1956.

SCHAFER, R. *A new language for psychoanalysis*. New Haven, CT, Yale University Press, 1976.

____ *Language and insight*. New Haven, CT, Yale University Press, 1978.

SCHARFF, J. *Projective and introjective identification and the use of the therapist's self*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1992.

SEARLES, H. *The nonhuman environment in normal development and in schizophrenia*. Nova Iorque, International Universities Press, 1960.

___ *Countertransference and related subjects*. Nova Iorque, International Universities Press, 1979.

SEGAL, H. Notes on symbol formation. *International journal of psycho-analysis*, 38, (1957), pp. 391-397.

___ *The work of Hanna Segal: a kleinian approach to clinical practice*. Nova Iorque, Jason Aronson, (1981).

SPENCE, D. 'Turning happenings into meanings: the central role of the self'. In *The book of the self: person, pretext and process.* org. P. Young-Eisendrath e J. Hall. Nova Iorque, New York University Press, 1987, pp. 131-150.

SPRUIELL, V. The self and the ego. *Psychoanalytic quarterly*, 50, 1981, pp. 319-344.

STERN, D. *The first relationship: infant and mother*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1977.

___ 'The early development of schemas of self, other and "self with other"'. *Reflections on self psychology*. org. J. Lichtenberg e S. Kaplan. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1983, pp. 49-84.

___ *The interpersonal world of the infant*. Nova Iorque, Basic Books, 1985.

STEWART, H. 'Problems of management in the analysis of a hallucinating hysteric'. *International journal of psycho-analysis*, 58, (1977), pp. 67-76.

____ 'Varieties of transference interpretation: an object-relations view'. *International journal of psycho-analysis*, 68, (1987), pp. 197-205.

____ 'Interpretation and other agents for psychic change'. *International journal of psycho-analysis*, 17, (1990), pp. 61-69.

SYMINGTON, N. 'The analyst's act of freedom as agent of therapeutic change'. *International review of psycho-analysis*, 10, (1983), pp. 283-291.

TANSEY, M., & BURKE, W. *Understanding countertransference: from projective identification to empathy*. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1989.

TREVARTHAN, C. 'Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity'. *Before speech.* org. M. Bellowa. Cambridge, Inglaterra, Cambridge University Press, 1979.

TUSTIN, F. *Autism and childhood psychosis*. Londres, Hogarth, 1972.

____ Autistic objects. *International review of psycho-analysis*, 7, (1980), pp. 27-40.

____ *Autistic states in children*. Boston, MA, Routledge and Kegan Paul, 1981.

____ Autistic shapes. *International review of psycho-analysis*, 11, (1984), pp. 279-290.

____ (1986). *Autistic barriers in neurotic patients*. New Haven, CT, Yale University Press, 1987.

____ *The protective shell in children and adults*. Londres, Karnac, 1990.

VIDERMAN, S. 'Interpretation in the analytic space'. *International review of psycho-analysis*, 1, (1974), pp. 467-480.

— 'The analytic space: meaning and problems'. *Psychoanalytic quarterly*, 48, (1979), pp. 257-291.

VOLKAN, V. *Primitive internalized object relations*. Nova Iorque, International Universities Press, 1976.

WANGH, M. (1962). 'The "evocation of a proxy": a psychological maneuver, its use as a defense, its purposes and genesis'. *Psychoanalytic study of the child*, 17, (1975), pp. 451-472. Nova Iorque, Basic Books.

WINNICOTT, D. W. (1945). 'Primitive emotional development'. *Through paediatrics to psycho-analysis*. Nova Iorque, Basic Books, 1975, pp. 145-156.

____ (1947). 'Hate in countertransference'. *Through paediatrics to psycho-analysis*. Nova Iorque, Basic Books, 1975, pp.194-203.

____ (1949). 'Birth memories, birth trauma and anxiety'. *Through paediatrics to psycho-analysis*. Nova Iorque, Basic Books, 1975, pp. 174-193.

____ (1951). 'Transitional objects and transitional phenomena'. *Playing and reality*. Nova Iorque, Basic Books, 1971, pp. 1-25.

____ (1952). Psychoses and child care. *Through paediatrics to psycho-analysis*. Nova Iorque, Basic Books, 1975, pp. 219-228.

____ (1954). 'The depressive position in normal development'. *Through paediatrics to psycho-analysis*. Nova Iorque, Basic Books, 1975, pp. 262-277.

____ (1956). 'Primary maternal preoccupation'. *Through paediatrics to psycho-analysis*. Nova Iorque, Basic Books, 1975, pp. 300-305.

____ (1958a). 'The capacity to be alone'. *The Maturational processes and the facilitating environment*. Nova Iorque, International Universities Press, 1965, pp. 29-36.

____ (1958b). 'Psycho-analysis and the sense of guilt'. *The maturational processes and the facilitating environment*. Nova Iorque, International Universities Press, 1965, pp. 15-28.

____ (1960a). 'The theory of the parent-infant relationship'. *The maturational processes and the facilitating environment*. Nova Iorque, International Universities Press, 1965, pp. 37-55.

____ (1960b). 'Ego distortion in terms of true and false self'. *The maturational processes and the facilitating environment*. Nova Iorque, International Universities Press, 1965, pp. 140-152.

____ (1962). 'Ego integration in child development'. *The maturational processes and the facilitating environment*. Nova Iorque, International Universities Press, 1965, pp. 56-63.

____ (1963). 'Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites'. *The maturational processes and the facilitating environment*. Nova Iorque, International Universities Press, 1965, pp. 179-192.

____ (1967). 'Mirror role of mother and family in child development'. *Playing and reality*. Nova Iorque, Basic Books, 1971, pp. 111-118.

____ (1968). 'The use of an object and relating through cross identifications'. *Playing and reality*. Nova Iorque, Basic Books, 1971, pp. 86-94.

____ *Playing and reality*. Nova Iorque: Basic Books, 1971a.

___ (1971b). 'The place where we live'. *Playing and reality*. Nova Iorque, Basic Books, 1971, pp. 104-110.

___ (1971c). 'Creativity and its origins'. *Playing and reality*. Nova Iorque, Basic Books, 1971, pp. 65-85.